

ZERBITZUAN

75

5 VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO MAYORES DE SESENTA Y CINCO AÑOS: ANÁLISIS INTERSECCIONAL DE VULNERABILIDADES Y NUEVAS FORMAS DE MALTRATO **23** LOS ASENTAMIENTOS EN LA CIUDAD DE BARCELONA: DIFICULTADES Y RETOS DE LA ATENCIÓN SOCIAL EN EL ESPACIO PÚBLICO **43** GIZARTE-ZERBITZUAK ETA GIZARTE-LANGINTZA: ZEIN DA ZEIN? **57** DERIVO... PERO NO ME OLVIDO: CLAVES PARA LA EFECTIVIDAD DE LA INTERVENCIÓN EN SERVICIOS DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL DE SERVICIOS SOCIALES **73** DESCUBRE TU POTENCIAL PARA EDUCAR A TUS HIJAS E HIJOS: UN PROGRAMA DE PARENTALIDAD POSITIVA **91** DESARROLLO AUTONÓMICO DE LA PRESTACIÓN ECONÓMICA DE ASISTENCIA PERSONAL **107** RESIDENCIAS VIP EN EL ECOSISTEMA DE CUIDADOS A PERSONAS MAYORES: UN MODELO EN DISCUSIÓN



EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO

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

GIZARTE ZERBITZUETAKO ALDIZKARIA
REVISTA DE SERVICIOS SOCIALES
IRAILA · SEPTIEMBRE 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 elektronikoan.

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

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

EKOIZLEA • PRODUCE

SIIS 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

Tirada: 950 ale/ejemplares

© Euskadiko Autonomia Erkidegoko Administrazioa.
Berdintasun, Justizia eta Gizarte Politiketako Saila
Administración de la Comunidad Autónoma
del País Vasco. Departamento de Igualdad, Justicia 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/10.5569/1134-7147.75>

© 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 alpatzen 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, Latindex (directorio),
MIAR, RESH, Scilit, Ulrich's.

Aurkibidea

Índice

5

Víctimas de violencia de género mayores de sesenta y cinco años: análisis interseccional de vulnerabilidades y nuevas formas de maltrato
Mentxu Hernando Gómez
Teresa Laespada

23

Los asentamientos en la ciudad de Barcelona: dificultades y retos de la atención social en el espacio público
María Virginia Matulič Domandžič
Carles Cabré Vacas
Albert García Gispert

43

Gizarte-zerbitzuak eta gizarte-langintza: zein da zein?
Nerea Zubillaga-Herran
Ainhoa Berasaluze

57

Derivo... pero no me olvido: claves para la efectividad de la intervención en servicios de atención psicosocial de servicios sociales
Marta Aja Abelán
Patricia García de Galdeano Ruiz
Nerea Villanueva González

73

Descubre tu Potencial para Educar a tus Hijas e Hijos: un programa de parentalidad positiva
Enrique B. Arranz-Freijo
Florencia Barreto-Zarza
Loli García-García
Silvia Sánchez-Pinedo
Aitziber Martínez de la Hidalga

91

Desarrollo autonómico de la prestación económica de asistencia personal
Fernando M. Jimeno Jiménez

107

Residencias vip en el ecosistema de cuidados a personas mayores: un modelo en discusión
Alejandro Gómez Ordoki
Javier Castro

Víctimas de violencia de género mayores de sesenta y cinco años: análisis interseccional de vulnerabilidades y nuevas formas de maltrato

Mentxu Hernando Gómez

Universidad de Deusto
mentxu.hernando@opendeusto.es

Teresa Laespada

Universidad de Deusto
laespada@deusto.es

Genero indarkeriaren biktima diren 65 urtetik gorako emakumeen errealitatean, haien ezkutaketan eta iraunaraztean eragina duten alderdi psikosozial batzuk elkartzan dira. Zirkunstanzia horrek talde honen alderdi diferentzialak osatzen ditu, bere ikuspunturako kontuan hartu behar direnak. Adin aldagaia eta interseksionalitatearen printzipioa esparru intimoan genero indarkeriaren analisisan sartzea oinarritzekoak dira adineko emakumeek jasaten duten indarkeriaren ikusezintasuna ulertzeko. Artikulu honek aurrerapenak erakusten ditu, emakumeen talde honetan gurutzatzen diren alderdien eta inguruabarren ikusgarritasunaren inguruan, hala nola, identitatea, mendekotasunak, adineko emakumearen egungo eginkizun soziala, zaintzaren etika, edadismoa edo beste indarkeria mota batzuekin bat egitea, baita ahultasun-dimentsio handiagoak sortzen dituzten haien artean funtzionatzen duten harremanak ere. Azkenik, profesionalek eta gizarte osoak ditugun erronkak ebakitzen dira interseksionalitatearen printzipio babes tresna gisa aplikatzeko.

GAKO-HITZAK:

Adineko emakumeak, genero-indarkeria, indarkeria matxista, biktimak, interseksionalitatea, adina.

En la realidad de las mujeres mayores de sesenta y cinco años víctimas de violencia de género, interseccionan una serie de aspectos psicosociales que inciden en su ocultación y perpetuación. Esta circunstancia conforma los aspectos diferenciales de este colectivo que deben ser tenidos en cuenta para su abordaje. La inclusión de la variable edad y el principio de interseccionalidad en el análisis de la violencia de género en el ámbito de pareja son fundamentales para comprender la invisibilidad de la violencia que sufren las mujeres mayores. Este artículo muestra los avances realizados en torno a la visibilización de los aspectos y circunstancias que interseccionan en este grupo de mujeres, tales como la identidad, las dependencias, el rol social actual de la mujer mayor, la ética del cuidado, el edadismo o la confluencia con otras violencias, así como las relaciones que operan entre ellos, los cuales generan mayor vulnerabilidad. Por último, se perfilan los retos que de los profesionales y la sociedad en su conjunto para aplicar el principio de interseccionalidad como herramienta de protección.

PALABRAS CLAVE:

Mujeres mayores, violencia de género, violencia machista, víctimas, interseccionalidad, edad.

1. Introducción

A lo largo de los siglos XX y XXI, las leyes han ido modificando, tanto con carácter nacional como autonómico, la situación de la mujer a favor de erradicar las formas de violencia machista, la cual estaba presente de forma legitimada, en la época en que fueron socializadas las mujeres mayores de sesenta y cinco años. Ahora bien, algunas víctimas de edades avanzadas fueron sometidas y recluidas en el ámbito privado, accediendo al matrimonio bajo una realidad patriarcal machista, por lo que han tenido poco margen de maniobra para beneficiarse de estos avances por erradicar esta lacra, y esta forma de violencia se ha podido mantener en su contexto durante décadas, lo que implica un daño profundo para estas mujeres y una fuerte resignación e indefensión ante la situación. En otras palabras, han quedado excluidas de todos sus derechos más elementales.

En este artículo se aborda la situación diferencial de las víctimas de violencia machista en el ámbito de pareja mayores de sesenta y cinco años desde la perspectiva de la interseccionalidad, la cual garantiza una mirada inclusiva, extensa y equitativa. Un acercamiento interseccional conlleva, además, analizar la relación entre los diferentes espacios sociales donde se manifiestan, refuerzan o superponen los procesos de esta violencia.

Su objetivo, por tanto, es trascender el poder descriptivo y sumativo de cuantas adversidades atraviesan a una víctima mayor de sesenta y cinco años, para fijarse en cómo cada una de las experiencias de una persona es fruto de la interacción de muchas estructuras sociales y contextuales, y las relaciones que operan en estas interacciones. Para ello, se muestran avances en la revisión en torno al estado de la cuestión¹ sobre los aspectos y circunstancias que confluyen en la situación de victimización de estas mujeres mayores circundantes a la variable edad. Una mirada ampliada e interseccional mostrará por tanto cómo se sitúa la víctima frente a esta violencia, cómo se manifiesta este maltrato y sus consecuencias para la mujer, y ayudará a comprender la influencia del entorno social e institucional en términos de atención a esta realidad concreta. Las mujeres mayores que sufren violencia son sujetos de derechos en nuestra sociedad y, por tanto, se hace necesario que sean objeto de una atención conforme a la interseccionalidad de su situación. Sus necesidades merecen formar parte de las agendas de las políticas sociales, contribuyendo así a erradicar esta violación de los Derechos Humanos.

¹ Se hace referencia a la revisión realizada como parte del proceso de tesis doctoral en curso “Análisis crítico del abordaje de la situación de violencia de género en mujeres mayores de 65 años en la Comunidad Autónoma del País Vasco. Contribuciones para una intervención adaptada a su realidad”, que se desarrolla en el marco del Programa de Doctorado en Educación de la Universidad de Deusto.

El artículo se estructura con una parte inicial que contextualiza la perspectiva interseccional en materia de violencia de género, para dar paso a analizar descriptivamente la violencia de género en mujeres mayores, tanto de forma cualitativa como cuantitativa, así como la invisibilidad de esta violencia, que victimiza aún más a las mujeres mayores de sesenta y cinco años. A continuación, se muestran los aspectos claves que interactúan en la realidad de la mujer mayor, víctima de violencia de género, los cuales nos brindarán una radiografía interseccional de la situación y su complejidad. Por último, se perfilan ciertas claves que pueden ayudar a afrontar este reto.

2. Interseccionalidad

La interseccionalidad ha sido definida como una de las contribuciones más importantes de la teoría feminista a las ciencias sociales y como un nuevo campo de investigación (McCall, 2005; Cho *et al.*, 2013). Es el principio de apertura a las diferencias (Purtschert y Meyer, 2010). Se trata de un concepto analítico introducido por Kimberlé Crenshaw en la Conferencia Mundial contra el Racismo en Sudáfrica en 2001. Parte de la existencia de categorías, biológicas, sociales o culturales, como la raza y el género, que no influyen igual en todas las personas. Existe una estructura primaria donde, además de estas categorías señaladas, permanecen otras desigualdades, las cuales interactúan entre sí en múltiples y simultáneos niveles y, a su vez, de forma diferente en cada situación personal y/o grupo social, mostrando diferentes estructuras de poder. Hace referencia a los distintos vectores de vulnerabilidad que atraviesan la vida de las personas y sociedades, sean estas estructurales o coyunturales y que pueden cruzarse en colectivos o personas lo que incrementa de forma exponencial los efectos de cada vector. Crenshaw (2000) hacía una llamada a prestar atención a las “diferencias que hacen la diferencia” en las distintas formas en que varios grupos de mujeres experimentan la discriminación de género. Esta circunstancia no puede ser visualizada como una suma de categorías, puesto que la situación de desventaja interacciona con las vulnerabilidades preexistentes, produciendo una dimensión diferente de desempoderamiento (Crenshaw, 2002).

En este sentido, tal y como señala Slep (2017), la discriminación puede basarse en una serie de características diferenciales, que pueden ser comunes entre diversas mujeres o incluso específicas. Distingue la discriminación interseccional (*interseccional*) como aquella que se basa en una combinación de dos o más características diferentes, por ejemplo, edad, género y discapacidad. La combinación crea una forma única de discriminación que sufre cada mujer y debe ser tomada en cuenta para comprender las intervenciones a desarrollar, según edades, según discapacidades o según intensidades, presencias o ausencias de

determinadas variables. Según esta misma autora, la discriminación puede ser acumulativa. En este caso, se acumulan los efectos de la discriminación de forma repetida en el tiempo o en contextos distintos. Se denomina también “discriminación aditiva”.

Por ello, la perspectiva de la interseccionalidad es la herramienta analítica que permite conocer mejor la violencia que sufren las mujeres cuando se acumulan o interactúan distintas características discriminatorias. Es útil para conocer con más exactitud el nivel de impacto que producen ciertas situaciones de desigualdad unidas a la situación de violencia machista que sufren las mujeres mayores de sesenta y cinco años en función de una serie de variables diferenciales, así como las interacciones entre ellas. Y, sobre todo, ayuda a responder a la cuestión de en qué medida esas relaciones diferentes de vulnerabilidad o desigualdad se pueden entender en términos de pérdida de agencia y empoderamiento.

Pero no solo debe tenerse en cuenta como herramienta analítica. El abordaje interseccional es imprescindible en la intervención social con mujeres puesto que el conocimiento de todas las variables de discriminación que operan permite enfocar el abordaje y acercamiento a la situación de cada mujer. Por eso, a efectos de este artículo se considera al conjunto de víctimas de violencia de género en el ámbito de pareja como un sistema macro, siendo las mujeres mayores un sistema micro, dentro de esta totalidad. Comenzamos mostrando la invisibilidad transversal de este colectivo de víctimas.

3. Invisibilidad: razones de la invisibilidad

Las mujeres mayores que sufren violencia de género han permanecido ocultas y ocultadas, han sufrido una invisibilidad social. Comenzamos desgranando el porqué de estos dos aspectos.

3.1. Víctimas ocultas

Las mujeres mayores que sufren violencia han permanecido ocultas porque —entre otras razones— no ha existido conciencia de la violencia ante las múltiples acciones que el hombre, a lo largo de los años, ha ido sosteniendo sobre la mujer. Esto se debe, como indica Celdrán (2013), a diferentes factores explicativos relacionados fundamentalmente con la edad y la perspectiva de género, la cual influye negativamente en la forma de entender y actuar frente a esta violencia. La escasa conciencia sobre la violencia que sufren las mujeres mayores y la ausencia de marco referencial sobre esta violencia en edades avanzadas hace que ni ellas mismas ni su entorno sean capaces de resignificar las humillaciones, desprecios, violencia psicológica e incluso sexual. Es señalable respecto a esta última cuestión que muchas agresiones sexuales han sido consideradas el *débito conyugal* al que la mujer

estaba obligada en el seno del matrimonio, por lo que las violaciones y agresiones sexuales en la pareja solo han sido identificadas como tales en los últimos años, siendo, por tanto, tolerado este maltrato en silencio, bien por se ha padecido desde tiempo atrás, bien porque se identifica con los roles y estereotipos de género acuñados durante muchos años. En muchos entornos, incluso hijas e hijos o familiares no consideran que el trato o ciertas acciones sean violencia y se excusan o justifican por la personalidad del agresor, exceso de consumo de alcohol, bravura del agresor, etc.

Uno de los rasgos diferenciales más destacados de la violencia de género contra las mujeres mayores es la persistencia en el tiempo. Hay estudios (Meneses-Falcón y Charro-Baena, 2019) que ya mencionan la larga y dura historia de agresiones y humillaciones que se inicia incluso antes de casarse, y esta continuidad en el abuso sigue siendo una característica de este tipo de violencia; su propia ocultación es propiciada por una minusvaloración de la importancia, la propia vergüenza o culpabilidad de la víctima incluso cuando son parejas que no se han formado en la juventud. Han permanecido y permanecen ocultas.

3.2. Violencia ocultada

Hasta principios de este siglo no se han comenzado a llevar a cabo investigaciones centradas en violencia perpetrada por compañero íntimo en mujeres mayores, como indican diferentes autores (Mouton *et al.*, 2010; Fisher *et al.*, 2003; Bonomi *et al.*, 2007). Hasta hace relativamente poco tiempo, ha permanecido difuminada entre otros tipos de violencia, como es, sobre todo, el maltrato a las personas mayores². Las investigaciones, e incluso las estadísticas oficiales, interrumpen la toma de datos en los sesenta y cinco y más años, haciendo la mayor parte de las veces prácticamente imposible realizar tareas de investigación con datos que superen esa edad. Esta falta de estudios específicos, con muestras de mujeres mayores que enfrentan violencia, tiene como resultado que no se oiga su voz; este efecto silenciador es otra forma de violencia añadida a la propia victimización. La propia agrupación en una sola categoría de edad “mayores de sesenta y cinco años” y considerar a todo el colectivo como un grupo homogéneo y único, oculta realidades muy diversas.

A pesar de la escasez de estudios específicos de prevalencia de violencia de género en mujeres mayores, podemos afirmar que en los estudios existentes se constata su existencia, así como en las encuestas a población general. En los estudios específicos que desarrolla la Delegación de Gobierno

² En un estudio financiado por el Ministerio de Educación y Ciencia, realizado por María Teresa Bazo (2001) en varias comunidades autónomas españolas, ya se detectó un 4,7% de ancianos maltratados; en el 81% de los casos, las víctimas eran mujeres.

Tabla 1. Prevalencia de violencia infligida en mujeres tanto por la pareja actual como la pasada, según la edad y tipo de violencia, y prevalencia del miedo en España, en 2015 y 2019 (cifras en porcentajes)

	Edades	2015		2019	
		Pareja actual	Pareja pasada	Pareja actual	Pareja pasada
Física	65 y más años	2,4	9,8	2,5	8,8
	De 16 a 64 años	1,8	19,7	1,4	19,5
Sexual	65 y más años	3,3	8,9	3,4	8,1
	De 16 a 64 años	1,4	14,4	1,6	14,8
Emocional	65 y más años	11,4	18,2	10,1	17,8
	De 16 a 64 años	8,9	35,0	8,1	36,6
Control	65 y más años	13,3	22,0	11,3	22,2
	De 16 a 64 años	11,7	40,0	10,6	41,4
Económica	65 y más años	5,0	14,6	5,2	11,6
	De 16 a 64 años	2,9	17,4	2,5	18,0
Percepción de miedo	65 y más años	3,1	11,7	2,9	9,4
	De 16 a 64 años	2,9	24,2	2,2	24,7

Fuente: Elaboración propia a partir de De Miguel Luken (2015) y Delegación del Gobierno para la Violencia de Género (2020).

para la Violencia de Género, ya en la encuesta del año 2015, y hasta el último de 2019, se evidencia que las mujeres mayores de sesenta y cinco años perciben sufrir violencia de género por parte de su pareja actual en mayor medida que las mujeres menores de sesenta y cinco años³ (Tabla 1).

Es reseñable la estabilidad de los datos comparando el año 2015 y 2019 en todas las edades y tipos de violencia, ya que la fotografía permanece estable entre ambos periodos de tiempo. Todos los indicadores presentados para medir las tipologías diversas de violencia señalan una mayor prevalencia de todo tipo de violencia en las mujeres mayores con sus parejas actuales que las mujeres de edad inferior a los sesenta y cinco años, y este indicador se muestra con igual estabilidad en los años 2015 y 2019. La violencia de control (11,3 %) y la violencia emocional (10,1 %) son las más prevalentes en las mujeres mayores con sus parejas actuales, pero hay una mayor violencia física (2,5 %) y sexual (3,4 %) sufrida entre estas mujeres que entre las mujeres más jóvenes, y son las grandes invisibilizadas en las intervenciones públicas y privadas⁴.

³ En 2015, la macroencuesta realizada por la Delegación de Gobierno para la Violencia de Género aplicó en cuestionario a un total de 10.171 mujeres, de las cuales 2.376 eran mujeres mayores de sesenta y cinco años. Se siguieron los criterios establecidos por la Delegación de Gobierno (De Miguel Luken, 2015). De Miguel Luken (2015) establece que hay violencia si se da alguno de estos comportamientos (malos tratos físicos, sexuales, emocionales, comportamientos de control y maltrato económico) por la pareja o expareja en los últimos doce meses. En las encuestas, la violencia se mide de forma estandarizada al objeto de reducir sesgos. No obstante, si nos amparamos en lo que Beaulaurier (2007) resalta sobre la convicción de que determinadas cuestiones son privadas y no deben airearse, cabría encontrarnos una infrarrepresentación de la violencia en mujeres mayores en comparación con mujeres más jóvenes. Con todo y con ello, si nos fijamos en la referencia temporal “a lo largo de la vida”, este porcentaje siempre es más elevado en el caso de mujeres mayores.

⁴ La muestra de mujeres mayores de sesenta y cinco años para la encuesta de 2019 fue del 24,6 % (n=2357) del total de mujeres entrevistadas.

La comparación con parejas pasadas muestra que las mujeres mayores tienen indicadores de prevalencia claramente inferiores respecto a las más jóvenes, pero muy superiores a los existentes con su pareja actual, lo que indica que las rupturas de pareja pueden estar relacionadas con estas violencias sufridas. La menor prevalencia en parejas pasadas debe ponerse en relación con la estabilidad de las parejas en mujeres mayores, estabildades muy vinculadas a la situación económica y al proveedor fundamental de la aportación económica llevada a cabo, tradicionalmente, por la figura del varón.

A la luz de estos datos de la Macroencuesta 2019⁵, puede concluirse que las mujeres mayores han ocultado la violencia, en mayor medida que las mujeres de menor edad. Los datos que arrojan las encuestas nos muestran esta invisibilidad en términos de baja prevalencia. A la vez, se constata en términos cuantitativos también el bajo índice de acceso que han tenido o están teniendo estas víctimas a diferentes apoyos institucionales, su baja demanda de atención de servicios, tanto en denuncias ante la policía o los juzgados, como ante los servicios sociales, tal y como concluyen los resultados de las dos últimas macroencuestas realizadas para el conjunto de España, algo que también se refleja en los datos recogidos por los sistemas de atención especializados en atención a víctimas de violencia de género tanto a nivel nacional como comunitario.

⁵ Según datos de la macroencuesta de la Delegación de Gobierno para la Violencia de Género (2020), las mujeres mayores han ocultado la violencia vivida en la pareja en mayor medida que las mujeres de menor edad, en términos de denuncia penal o solicitud de ayuda formal o no formal; en dichos aspectos presentan porcentajes inferiores al resto de mujeres. En total, el 65 % de mujeres mayores que han sufrido cualquier tipo de violencia ha denunciado este hecho o busca ayuda formal o informal, frente al 85,6 % del resto (16 a 64 años).

En la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV), los datos muestran una incidencia baja en el acceso a los servicios y recursos por parte de este colectivo de víctimas, siendo los colectivos del rango de edad media los de mayor acceso, como recoge el último informe publicado por Emakunde (Supergintza Elkartea, 2020).

La macroencuesta sobre violencia contra la mujer de 2019 sitúa en el 23,4 % la prevalencia de mujeres mayores de sesenta y cinco años que sufre o ha sufrido violencia de sus actuales parejas o pasadas. Sería admisible que en cualquier de las instituciones que ofrecen atención directa, acompañamiento e intervención, las cifras de mujeres mayores atendidas debieran acercarse a esa proporción del conjunto de mujeres atendidas, pero las cifras quedan extremadamente lejos de ella, por lo que es clara su invisibilidad, tal y como se refleja en las Tablas 2, 3 y 4.

Los datos disponibles en la CAPV muestran con claridad la infrarrepresentación de las mujeres en todos los servicios ofertados desde las tres Administraciones intervinientes. El último informe publicado por Emakunde (Supergintza Elkartea, 2020), muestra que la mayor parte de mujeres atendidas en su globalidad pueden rondar entre los veintiuno y los cincuenta años (hay diferencias en función de los recursos, pero el grueso de la atención se centra en estas edades) y apenas existen atenciones en mayores de sesenta y cinco años. Es especialmente llamativa la ausencia en servicios especializados de intervención psicológica, en atención jurídica, en atención primaria o en urgencias hospitalarias. No acuden, no son visibles, no solicitan ayuda o son ocultadas bajo otras demandas y atenciones.

Tabla 2. Proporción de mujeres víctimas de violencia mayores de sesenta y cinco años atendidas por servicios del Gobierno Vasco, 2015-2019 (porcentaje sobre el total de mujeres atendidas)

Víctimas mayores de sesenta y cinco años atendidas por servicios del Gobierno Vasco	2015	2016	2017	2018	2019
Seguridad y protección Ertzaintza	4,82	4,83	4,63	3,8	4,2
Atención primaria	1,41	1,49	12,50	13,6	13
Urgencias hospitalarias	4,15	3,35	3,11	3,3	3
Centro coordinador de violencia contra las mujeres (CCVCM)	8,29	2,50	—	2,5	2,5
Baremación adicional en las promociones de viviendas de protección oficial en alquiler	2,08	1,42	0,0	1,0	1,6
Asignación directa de viviendas en alquiler en casos graves y excepcionales	0,00	0,00	0,0	0,00	0,00
Prestación económica de pago único a mujeres víctimas de violencia de género	1,33	0,70	1,18	2,4	0,5

Fuente: Elaboración propia a partir de los informes de Emakunde (2016-2020).

Tabla 3. Proporción de mujeres víctimas de violencia mayores de sesenta y cinco años atendidas por las diputaciones forales en Euskadi, 2015-2019 (porcentaje sobre el total de mujeres atendidas)

Víctimas mayores de sesenta y cinco años atendidas por las diputaciones forales en Euskadi	2015	2016	2017	2018	2019
Acogida inmediata para mujeres víctimas	1,1	2,41	2,33	2,3	2,3
Centros forales residenciales para mujeres víctimas	1,98	2,15	0,71	0,0	0,0
Asesoramiento jurídico de las situaciones de maltrato doméstico y agresiones sexuales a mujeres	5,69	5,46	5,58	3,5	1,0
Atención psicológica de las situaciones de maltrato doméstico y agresiones sexuales a mujeres	4,73	3,48	3,60	4,70	4,70
Otros programas especializados*	7,41	6,58	6,35	2,40	4,10

Fuente: Elaboración propia a partir de los informes de Emakunde (2016-2020).

Tabla 4. Proporción de mujeres víctimas de violencia mayores de 65 años atendidas por los municipios en Euskadi, 2015-2019 (porcentaje sobre el total de mujeres atendidas)

Víctimas mayores de sesenta y cinco años atendidas por los ayuntamientos	2015	2016	2017	2018	2019
Servicios sociales de base	5,23	3,96	3,32	5,30	4,40
Servicio de alojamiento, pisos de acogida	3,17	0	0	1,20	2,90
Servicio de atención psicológica de las situaciones de maltrato doméstico y agresiones sexuales a mujeres*	9,74	5,04	3,65	3,60	6,00
Servicio de asesoramiento jurídico de las situaciones de maltrato doméstico y agresiones sexuales a mujeres**	5,61	7,69	5,66	5,90	8,10
Policías locales***	—	—	3,8	—	—

Fuente: Elaboración propia a partir de los informes de Emakunde (2016-2020).

* Ayuntamientos de Bizkaia y Gipuzkoa.

** Ayuntamientos de Bizkaia.

*** Vitoria-Gasteiz, Bilbao y San Sebastián.

Esta falta de acceso a los recursos, además de mantener a las víctimas ocultas y faltas de apoyo y protección, invita a cuestionar la idoneidad en términos de atención a su individualidad, necesidades y posibilidades. La cuestión de fondo es conocer la razón real por la que no acuden, si responde a que los recursos no son adecuados para sus necesidades, o a que son realidades ocultas y ocultadas.

Por otro lado, si observamos los datos estadísticos que ofrecen los informes elaborados para conocer el estado de la cuestión, puede observarse que no refleja el impacto de la violencia machista en este rango de edad⁶. Si se toman como base de estudio los datos de atención a víctimas en función de la edad y en relación con el tipo de violencia sufrida, puede destacarse que, conforme reflejan estos datos, la violencia de género propiamente dicha aparece en menor medida que la violencia intrafamiliar, esta confluencia con otras violencias es un aspecto diferencial en el caso de las víctimas mayores; otra cuestión que queda sobradamente reflejada es la baja atención a la violencia sexual, lo que indica la poca visibilidad que se tiene de esta tipología de violencia sufrida por la mujer mayor.

Para ello, mostramos una muestra de los datos relativos a los recursos forales y municipales que se ofrecen en la CAPV y que han trascendido en los informes emitidos oficialmente obtenidos a través de la recogida de datos institucional de aquellos recursos que los emiten, y que incluyen el rango mayor de 65 años y tipo de violencia⁷. (Tabla 5)

⁶ Esto se debe además de un bajo acceso a los recursos, a un bajo conocimiento de la atención real; en dichos gráficos estadísticos, en ocasiones el rango de edad de mayores de 65 años (única etapa del ciclo vital delimitada numéricamente por la Organización Mundial de la Salud) se presenta aglutinada con edades anteriores, más de sesenta años, por ejemplo, o bien acotada a un intervalo delimitado de la tercera edad. O, en ocasiones, aparecen las atenciones a mujeres mayores víctimas de violencia machista en el ámbito de pareja sumadas a otro tipo de violencia sufrida en este rango de edad, como por ejemplo violencia doméstica o intrafamiliar de género. Por otro lado, también es de destacar el hecho de que, en ausencia de datos concretos de atención en este rango de edad, no se refleja la ausencia, o bien no figura en el gráfico este rango de edad.

⁷ En relación con servicios ofrecidos por Gobierno Vasco, se muestran los datos ofrecidos por la Ertzaintza dado que son los que recogen o publican este rango de edad. El Servicio Especializado de Información y Atención a Mujeres Víctimas de Violencia Doméstica o por Razón de Sexo (SATEVI) de Gobierno Vasco, aunque sí recoge la tipología de violencia en mujeres mayores, delimita el inicio del rango en "mayores de 60 años" por lo que no se ajusta a nuestra variable de estudio. De las mujeres atendidas por el SATEVI, en 2018, un 10,3% según el informe (Emakunde 2019), eran mujeres mayores de 60 años; aunque es un dato significativo tratándose de ese rango tan elevado de edad, no podemos conocer qué porcentaje de ese 10,3% pertenecía a mujeres mayores de 65 años. En 2019, el SATEVI atendió un total de 2.645 víctimas (Emakunde, 2020) incrementándose un 9,79% con respecto al año 2018; sin embargo, las mujeres de más de 60 años, en 2019, representan el 4,8% del total, de las cuales un 4,8% fue atendida por violencia pareja o expareja, el 11,6% violencia intrafamiliar y se atendió un 0,0% por violencia sexual en mujeres mayores de 60 años. Todos estos datos siempre han de ser tomados con cautela, puesto que en un 52,6% de los casos se desconoce la edad. El Servicio de Asistencia a la Víctima (SAV) del Gobierno Vasco no remite datos relativos a la edad, no obstante, se observa (Emakunde, 2020) que en 2019 tramitaron 2.263 expedientes. El 69,4% (1.570) eran expedientes tramitados por violencia de género (el 71,8% del total de casos); violencia intrafamiliar, el 20,6% (467) y delitos contra la libertad sexual el 9,9% (226). No obstante, hay que tomar nueva-

Otra de las cuestiones que explica la invisibilización de estas víctimas y que constituye una suerte de discriminación es que existe una tendencia a homogenizar un modelo de víctima a nivel de imaginario social, como se refleja tanto en estudios internacionales (Straka y Montminy, 2006) como nacionales (Gracia Ibáñez, 2015; Meneses-Falcón y Charro-Baena, 2019) los cuales coinciden en afirmar que una de las razones que explica la invisibilización de la violencia de género contra las mujeres mayores es debida a la permanencia de estereotipos o "mitos" los cuales asocian ser víctima con ser joven y con hijas/os, con lo cual quedan excluidas las mujeres de mayor edad. Esta invisibilidad es motivo de especial preocupación en tanto en cuanto la situación de vulnerabilidad en que se encuentran estas víctimas aumenta el impacto y riesgo para ellas.

Habiendo mostrado la incidencia de la invisibilidad de la situación de victimización de las mujeres mayores, nos adentramos ahora en conocer de manera holística la interacción de las circunstancias que rodean dicha victimización con el ánimo de comprender la dimensión específica en su totalidad.

4. Víctimas mayores e interseccionalidad

4.1. Dimensiones de análisis intervinientes desde la variable edad

El factor edad es determinante a la hora de interpretar las circunstancias que interseccionan en la situación de violencia. Es importante hacer visible esta realidad que ha permanecido oculta para poder integrar sus necesidades en la respuesta social e institucional al objeto de ofrecer una respuesta acorde y equitativa en función de sus derechos.

En el caso que nos ocupa, las mujeres mayores víctimas de violencia de género en el ámbito de pareja presentan unas características diferenciales en relación con víctimas de otras edades. La edad las coloca, como indica Crenshaw (2002), entre varios ejes de subordinación:

- La posición socioeconómica de la mujer mayor.
- La subjetividad femenina supeditada al hombre y al "vivir para los demás".
- La intersección entre sexismo y edadismo⁸.

Por ello, hay que observar la violencia de género que sufren estas mujeres desde la complejidad de las interacciones de su circunstancia y las desigualdades que coexisten, las cuales condicionan la visión y atención a la victimización, tanto a la propia víctima

mente con cautela los datos, ya que una mujer puede tener abierto más de un expediente.

⁸ El edadismo es la discriminación por edad. Hace referencia a todos los comportamientos inadecuados y prejuicios hacia las personas, vinculados a su edad avanzada. Según la Organización Mundial de la Salud, tiene efectos negativos sobre la persona: afecta a la autoestima directamente.

Tabla 5. Distribución de mujeres víctimas de violencia atendidas en recursos del Gobierno Vasco, las diputaciones forales o los ayuntamientos, según tipología y edad, en Euskadi, 2018-2019 (en porcentaje)

Atención	Tipología		<14 años	14-17 años	18-20 años	21-30 años	31-40 años	41-50 años	51-64 años	≥ 65 años	Total
Gobierno Vasco Seguridad (Ertzaintza)	Pareja/expareja	2018	0,0	0,0	5,8	25,7	33,0	24,9	6,9	1,5	100
		2019	0,1	2,1	5,6	26,0	32,0	24,8	7,6	1,8	100
	Intrafamiliar	2018	20,5	10,7	5,0	9,1	7,3	15,4	18,8	13,2	100
		2019	17,0	9,2	4,7	8,8	8,7	17,2	21,0	13,4	100
	Sexual	2018	20,8	20,1	15,0	19,5	9,8	10,6	3,4	0,8	100
		2019	16,4	22,3	13,0	21,3	11,6	10,4	2,8	2,1	100
s/Totales		2018	6,1	5,5	6,5	21,7	25,7	21,7	9,0	3,8	100
		2019	5,1	5,5	6,1	22,0	25,3	21,9	9,9	4,2	100
Servicios forales Acogida inmediata	Pareja/expareja	2018	0,0	0,0	5,4	29,1	36,9	21,7	4,9	2,0	100
		2019	0,0	0,5	5,3	29,8	35,1	23,9	4,3	1,1	100
	Intrafamiliar	2018	0,0	0,0	12,5	62,5	0,0	12,5	0,0	12,5	100
		2019	0,0	0,0	30,8	7,7	15,4	0,0	23,1	23,1	100
	Sexual	2018	0,0	0,0	20,0	40,0	0,0	20,0	20,0	0,0	100
		2019	0,0	0,0	10,0	20,0	40,0	30,0	0,0	0,0	100
	Otras Violencias	2018	—	—	—	—	—	—	—	—	—
		2019	0,0	0,0	0,0	66,7	33,3	0,0	0,0	0,0	100
s/Totales		2018	0,0	0,0	6,0	30,6	34,7	21,3	5,1	2,3	100
		2019	0,0	0,5	7,0	28,5	34,1	22,4	5,1	2,3	100
Servicios forales Apoyo psicológico	Pareja/expareja	2018	0,2	1,0	2,3	14,3	33,9	30,6	17,7	5,0	100
		2019	0,0	1,4	2,0	15,6	30,6	31,7	12,8	5,8	100
	Intrafamiliar	2018	13,0	14,6	9,2	15,1	12,4	15,7	14,6	5,4	100
		2019	11,5	16,7	9,0	14,1	9,6	11,5	19,2	8,3	100
	Sexual	2018	2,1	12,8	16,0	27,7	24,5	11,7	5,3	0,0	100
		2019	1,9	10,9	11,5	16,7	14,7	14,7	3,8	1,3	100
	Otras Violencias	2018	—	—	—	—	—	—	—	—	—
		2019	0,0	0,0	20,0	20,0	40,0	20,0	0,0	0,0	100
s/Totales		2018	1,8	3,3	15,2	30,7	27,7	4,7	12,2	4,7	100
		2019	1,3	3,9	3,7	16,0	27,8	28,8	12,8	5,7	100
Ayuntamientos Servicios sociales de base	Pareja/expareja	2018	0,4	1,0	3,7	21,1	34,8	25,3	8,9	4,8	100
		2019	0,2	0,8	3,4	22,0	31,8	27,5	10,3	3,9	100
	Intrafamiliar	2018	13,2	11,8	11,8	10,3	8,8	14,7	11,8	17,6	100
		2019	16,7	10,6	16,7	9,1	13,6	6,1	15,2	12,1	100
	Sexual	2018	6,6	18,4	17,1	25,0	17,	7,9	3,	3,9	100
		2019	1,28	10,3	15,4	33,3	7,7	12,8	5,1	2,6	100
	Otras Violencias	2018	—	—	—	—	—	—	—	—	—
		2019	50,0	0,0	0,0	0,0	50,0	0,0	0,0	0,0	100
s/Totales		2018	—	—	—	—	—	—	—	—	100
		2019	1,8	1,8	1,47	21,6	22,9	25,6	10,4	4,4	100

Fuente: Elaboración propia a partir de los informes de Emakunde (2019-2020).

como a su entorno social y profesional. Estos ejes vienen determinados por lo que podemos llamar variables internas o endógenas y variables externas o exógenas:

- **Variables internas o endógenas.** Aspectos socioeducativos y aspectos bio-psico sociales (ciclo vital).
- **Variables externas o exógenas.** Influencia entorno social, influencia del entorno familiar e influencia del entorno profesional.

La observación y toma de conciencia desde la interseccionalidad de estos aspectos y cómo influyen sobre su situación, percepción y margen de maniobra, nos muestran el ejercicio de poder que se ejerce sobre la víctima, tanto desde la estructura social como en términos de agencia. Es clave mostrar su individualidad, ya que tanto su identidad como el proceso vital en el que se ha desarrollado la violencia están marcados por el contexto social en que ha nacido y se ha mantenido. La concurrencia del espacio de su individualidad con el espacio de la familia e instituciones confluye y es determinante en la situación de violencia que sufren las mujeres mayores de sesenta y cinco años por la forma en que se interrelacionan.

Comenzaremos acercándonos al detalle refiriendo el peso del proceso de socialización para las víctimas

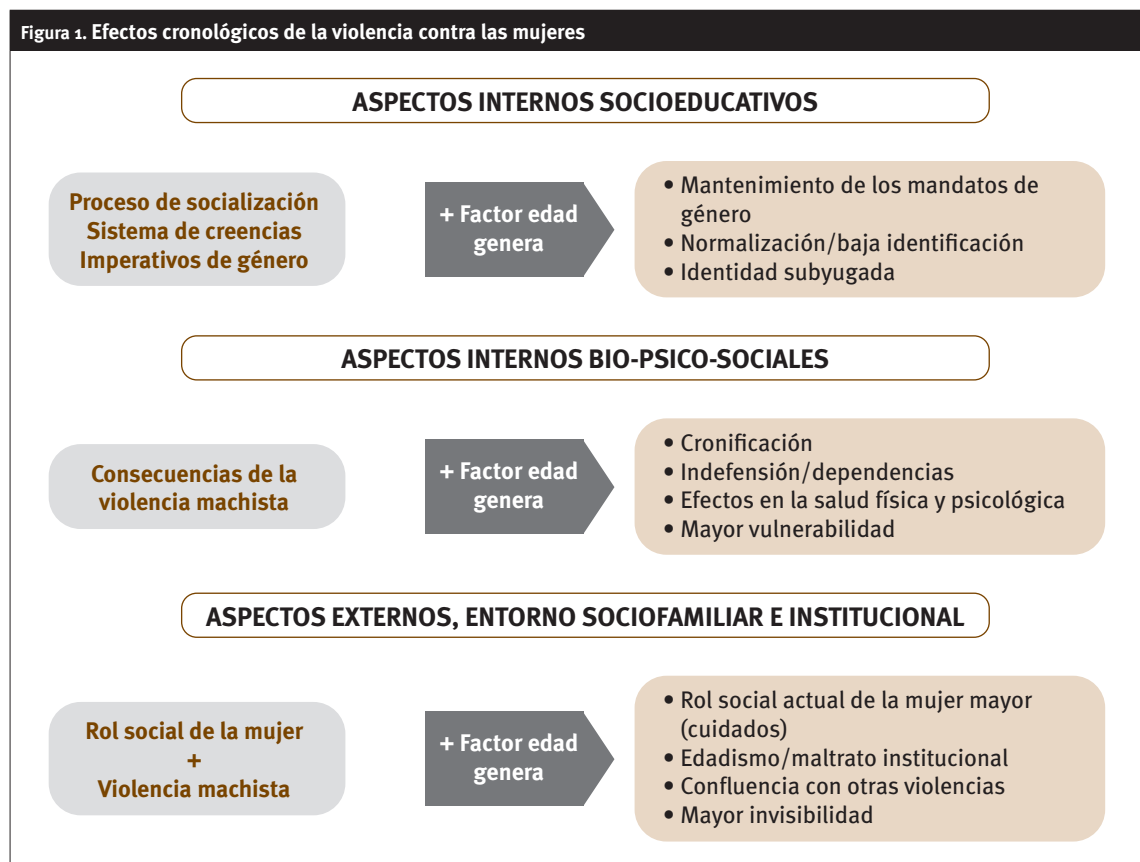
mayores, las cuales están sufriendo en el presente la incidencia del pasado. Con ello comprenderemos cómo se vehiculan vulnerabilidades y nuevas formas de discriminación y maltrato que interseccionan sobre la propia victimización, como muestra esta imagen de efectos cronológicos.

A continuación, ampliaremos diferentes dimensiones y veremos cómo esta connivencia de factores opera entre sí posicionando a la víctima en una situación de especial vulnerabilidad.

4.2. Identidad subyugada

Las mujeres que nacieron en la primera mitad del siglo pasado construyeron su identidad en un contexto en el que el sometimiento, el control y la humillación hacia las mujeres, por parte de los hombres, era algo normalizado, no sorprendía; eran situaciones legitimadas sobre las que la sociedad no intervenía, más bien todo lo contrario: se imponía desde diferentes agentes socializadores. La infantilización de las mujeres fue un proceso normalizador; incluso los varones adolescentes podían tener más ascendencia en la toma de decisiones familiares que la madre. Esta normalización ha favorecido que la víctima no se identifique como tal, generando con el paso del tiempo mayor normalización y cronificación.

Figura 1. Efectos cronológicos de la violencia contra las mujeres



Fuente: Elaboración propia.

Las mujeres de estas generaciones se educaron en un sistema con pocas o ninguna libertad, conservador y reaccionario, el cual marcaba muy de cerca sus pasos, delimitando sus deseos, sueños y su progreso económico y social. Como señala Lagunas (2017), estaban y están presas del modelo de mujer que se imponía: mujer recatada, conservadora y sumisa, para la que el hogar y la familia fueron sus únicos espacios permitidos. La educación de las niñas estaba dirigida a formar mujeres cuyo destino natural era el sacramento del matrimonio y su papel como madre y esposa subordinada al marido, y esto ha favorecido la normalización de esa desigualdad. Y aunque estas mujeres han liderado cambios imprescindibles en la educación de sus hijas e hijos, en la asunción de lo erróneo de estos criterios educativos y su rechazo activo, la forma en la que fueron educadas marca su reacción más íntima, su emocionalidad y las dificultades para autorreconocerse víctimas de violencia machista.

Esta circunstancia, permanente hoy en día, las puede arrojar a una situación de mayor vulnerabilidad, puesto que su sistema de creencias las aboca a mantenerse en el papel en el cual construyeron su identidad de género: buenas esposas, obedientes, abnegadas y facilitadoras de cuidados a la familia, y mantenimiento de la estructura familiar tradicional indisoluble, porque sostienen que mejor mala que sin ella. Esto traspasa incluso a aquellas mujeres más jóvenes entre ellas, que fueron protagonistas de las rupturas culturales de los años sesenta y setenta.

Las mujeres mayores de sesenta y cinco años se han mantenido, por lo general, en segundo plano, han vivido su vida dedicadas exclusivamente a otras personas, lo cual las ha vinculado a ellas y han construido una identidad dependiente de esos mandatos, de modo que sienten que han de mantenerse en pareja, al lado de alguien, dado que es desde donde han construido su identidad, desde el “yo para otros”. Este sentimiento del deber del cuidado a los demás está muy presente también en las víctimas, con efectos sobre su capacidad de autocuidado. Esto se refleja en el testimonio de una mujer de sesenta y siete años, recogido en el informe de la Asociación Argituz (2004: 44) la cual recuerda, una agresión grave como el día en que empezó a temer por su integridad y por su vida, lo cual en su relato aparece más ligado a sus obligaciones de cuidado (hacia hijas/s, padres, etc.), que al peligro para ella misma. Así lo expresa:

Me empujó un día desde una pared a la otra, unos 20 metros, bueno y más cosas, muchas humillaciones. Ahí empecé a pensar que cualquier día me echa por las escaleras para abajo. Y ¿qué va a pasar con mis hijos, con mi padre...?

A esto se une el sentimiento religioso cristiano que hoy mantienen estas víctimas mayores y cuyos preceptos para la mujer eran el sacrificio y la resignación cristiana, como se muestra en los siguientes testimonios:

Yo me casé con mi marido porque me dijo que todos los problemas que teníamos eran porque Dios nos estaba castigando por no estar casados⁹. Yo le pido a Dios todos los días que se muera y eso es terrible porque soy creyente, pero me está haciendo tanto daño que yo lo que quiero es que desaparezca¹⁰.

4.3. Ética del cuidado y rol social de la mujer mayor

El rol de cuidadoras de esta generación de mujeres, nacidas antes de 1954, es fundamental y constituye una pieza clave para su identidad, incluso de aquellas que han trabajado. Son las cuidadoras por antonomasia y el pilar fundamental de la reproducción social, han cuidado de sus madres, y padres, suegras/os, maridos, e hijas/os. Estas situaciones están fuertemente arraigadas en el sistema de creencias de estas mujeres por ser “lo que nos ha tocado”, “nuestro deber”. Las víctimas de violencia machista en el ámbito de pareja también alargan, como muchas mujeres mayores, esos cuidados actualmente a nietas y nietos, por lo que no podemos pasar por alto esta realidad que hoy se ha dado en llamar síndrome de la abuela esclava, que tan bien describió Guijarro (2001). Este autor señalaba que las mujeres mayores con responsabilidades de cuidado de nietos y nietas pueden ver seriamente comprometida su salud como consecuencia de la interacción entre factores psicológicos y educativos y factores ambientales, como son el estrés familiar excesivo y/o el bajo apoyo social o familiar. Este sistema de opresión al que en ocasiones se ven expuestas, o por el que no son consultadas de forma explícita, pueden sobrepasar las capacidades de las mujeres mayores, pero se sienten obligadas a ello.

Como indica Pérez Ortiz (2005), el cuidado de nietos y nietas puede verse como un instrumento de control sobre las mujeres mayores. El hecho de mantener y/o devolver a las mujeres mayores a las obligaciones reproductivas supone un refuerzo del modelo patriarcal, manteniéndolas en un espacio privado y desfavoreciendo su autorrealización en otros espacios, como refleja Pérez Ortiz (2012). Siguiendo las afirmaciones de Maestre-Miguel *et al.*, (2012) el papel de las abuelas, en su faceta más instrumental, pueden ser un mecanismo informal de conciliación de la vida familiar. No obstante, en ocasiones, nadie les ha preguntado si quieren asumir el papel en este nuevo rol cuidador “obligado socialmente”. Les viene dado, sin reflexionar sobre cómo se sienten ellas ante este nuevo rol.

En el caso de las mujeres mayores víctimas de violencia, este hecho, además de ser otra forma de abuso añadida por su entorno familiar frente al cual se siente ante la dicotomía entre el sentimiento de felicidad que les da compartir la vida con sus

⁹ Testimonio recogido en el informe de la Fundación Ede (2010: 34).

¹⁰ Testimonio recogido en el informe de la Fundación Ede (2010: 37).

nietas/os y la sobrecarga del cuidado, se le añade la resistencia a disolver de algún modo la estructura familiar ante la inseguridad de no poder mantener esa atención en forma económica, cuidados, etc.

Como refleja el estudio del Instituto de la Mujer (2018) y el informe de la Fundación Ede (2012), las mujeres mayores sienten una mayor presión social cuando existe, por parte de hijas/os, la necesidad de que actúe como cuidadora o colabore en la atención económica de nietas/os, y/o es cuidadora de hijos divorciados/separados que han regresado al domicilio, e incluso el hijo puede ser un maltratador de su pareja. Este aspecto condiciona en sentido negativo para la toma de decisiones en beneficio de mantener el sistema familiar y en el estudio de la Delegación de Gobierno para la Violencia de Género (2019) se resalta esta circunstancia como situación de vulnerabilidad adicional.

Para la víctima mayor de sesenta y cinco años que se encuentra en la circunstancia anteriormente expuesta, al rol de cuidadora se suma su propia situación de maltrato machista por parte de su pareja.

El rol de cuidadoras de estas mujeres y la responsabilidad del bienestar de su familia supera su percepción de ser víctima de violencia; es tan determinante que incluso los cambios psicológicos o el declive en la salud de su agresor (u otro miembro de la familia) son una influencia para elegir permanecer al lado del agresor (Meneses-Falcón y Charro-Baena, 2019), perpetuando con ello la victimización. Por tanto, todo este aspecto del yugo del cuidado se convierte, además, en otro hándicap para la toma de decisiones a la hora de una posible ruptura con la situación de violencia.

4.4. Dependencia intelectual

Esta restricción anteriormente señalada al ámbito doméstico tiene consecuencias hoy en día para la víctima en términos de crecimiento personal relativo a su formación y capacitación, y genera nuevas dependencias. En general, si bien es verdad que hay mujeres de estas edades que ya fueron a la universidad y/o desarrollaron niveles profesionales, la media de nivel educativo y de cualificación de las mujeres mayores está por debajo del nivel educativo medio actual de las mujeres más jóvenes. Esto genera dos situaciones que por sí mismas promueven la desigualdad y la dependencia. Debe recordarse que el nivel educativo implica no solo la instrucción, sino también el acceso a la información, a intercambios de opiniones, análisis y críticas en los contextos que suelen llevar a la reflexión de la influencia de los roles de género, lo cual facilita mayor percepción de los comportamientos violentos (Trujano *et al.*, 2006), así como peor comprensión de sus derechos y desconfianza en la justicia. Este último aspecto tiene especial interés sobre todo cuando es desoído institucionalmente, como indica

la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género (2020) cuando refiere que algunas mujeres mayores frente al exceso de burocracia que puede suscitar pedir ayuda consideran que no están preparadas para enfrentarse a ello, percibiendo además que en ocasiones se las trata como si debieran estar informadas de todo.

Por otro lado, y como consecuencia de la falta de formación e información, anteriormente expuesta, las mujeres mayores que son víctimas no han accedido con normalidad a la toma de decisiones, ni a la práctica de gestiones económicas y/o administrativas en el espacio público, gestiones reservadas a sus maridos y, cuando es el caso, sus agresores. Ello impide que las víctimas conozcan a día de hoy las dinámicas de estos procedimientos y dependen de sus maridos u otra persona para llevarlas a cabo o bien no se sienten con la capacidad para realizarlas.

4.5. Feminización de la pobreza y dependencia económica

La discriminación económica hacia las mujeres es otra de las grandes discriminaciones que han sometido a las mujeres muy dependientes de sus congéneres varones, sean maridos, padres o hermanos. La ausencia de capacidad en la toma de decisiones sobre su propio patrimonio, e incluso sus ingresos, ha ido lastrando a generaciones de mujeres que debían someterse a los dictados masculinos. Aun hoy en día, es un factor que aumenta la vulnerabilidad, por lo que tiene sus efectos sobre la situación de violencia en el ámbito de pareja que sufre. Debe recordarse que el trabajo asalariado de las mujeres en las décadas de los años cincuenta-sesenta en España estaba sometido a restricciones jurídicas tras el matrimonio. Algunas mujeres debían abandonar el espacio laboral al contraer matrimonio, o las que lo han mantenido, en algunos casos, han llevado a cabo trabajos auxiliares precarios, entendidos como complementarios al del varón y principalmente como empleadas de hogar o en el sector servicios sin ningún tipo de protección legal, o como apoyo al negocio familiar.

Este hecho, unido a las restricciones que el mandato doméstico y dominación por parte de su agresor que ha sufrido ha mantenido a la víctima fuera del ámbito laboral, dependiente económicamente de su marido. Esta discriminación laboral puede haber desembocado en que, a día de hoy, dependan económicamente de su agresor para vivir, o bien perciben pensiones contributivas cuyo importe es insuficiente para llevar a cabo una vida autónoma, lo que las posiciona en una situación de objetiva vulnerabilidad económica.

Este aspecto es de calado, pues se trata de una mujer cuya edad la excluye de la población activa, lo cual afecta considerablemente a la idea de proyectar un futuro próspero en términos

económicos. Esta cuestión es clave en términos de modelos de intervención con víctimas de violencia contra la mujer, dado que restringe el margen de maniobra que se necesita para generar procesos de empoderamiento, tal como se persigue y espera en la intervención con víctimas más jóvenes.

4.6. Las consecuencias de la violencia de género

Los efectos de la violencia en mujeres mayores, en términos de gravedad, no difieren de otros grupos de edad. No obstante, presentan diferencias significativas cuando se tiene en cuenta la edad y la exposición prolongada a la situación. La continuidad durante décadas es una característica de este tipo de violencia en esta franja de edad, como refieren (Meneses-Falcón y Charro-Baena, 2019). Además de las ya descritas, como dependencia económica, mayor grado de indefensión aprendida para adaptarse a la relación abusiva, etc., cabe señalar, en el caso de las víctimas mayores, los efectos de la violencia sobre la salud que, según Álvarez García *et al.* (2016), multiplican el impacto por tratarse de un mantenimiento de largo recorrido en el tiempo, favoreciendo el declive de la salud ya que se asocia al proceso biológico de envejecimiento.

En este sentido, se ha observado que pueden tener más problemas de salud, ansiedad y somatizaciones y aumentar la ingesta de fármacos —antidepresivos y ansiolíticos— (Stein y Barrett-Connor, 2000) con un impacto psicopatológico evidente que produce un descenso de la calidad de vida, un aumento de problemas psicosomáticos y un aumento en las consultas de médicos/as de familia (Sarasua *et al.*, 2007). En este sentido, es propio decir que en las mujeres mayores los efectos de la violencia pueden no ser adecuadamente diagnosticados por las y los profesionales de la salud, ya que se tienden a atribuir a enfermedades ligadas a la edad (Eisikovits y Band-Winterstein, 2015).

Algunas/os autores/as refieren que el estrés sufrido por dicha situación puede impactar a nivel psiconeuroinmunológico de las mujeres mayores (Baker *et al.*, 2009), así como presentan daño en la subjetividad (Serrano Hernández, 2013).

El análisis de los datos para la población general de la Encuesta Nacional de Salud (2018), (análisis de sexo y franja de edad) y referidos concretamente a las mujeres mayores de sesenta y cinco años, se observa que las mujeres víctimas de género manifiestan una peor salud, valorándola como “mala” o “muy mala” en cinco puntos porcentuales más que las medias de la población femenina de la misma edad. Esto produce una condición muy singular en las mujeres mayores, que retroalimenta el daño sufrido. Como refleja el estudio de la Delegación de Gobierno para la Violencia de Género (2020), al impacto de la violencia continuada en la salud se le une en esta etapa vital el deterioro asociado al envejecimiento, el cual puede resultar

progresivamente discapacitante. Esto revierte, además, en una mayor vulnerabilidad ante una eventual nueva agresión.

4.7. Confluencia con otras violencias

Al tratarse de mujeres mayores, la situación de violencia puede convivir con otras violencias que contribuyen a ocultar la violencia de género. La presencia de la violencia doméstica, violencia intrafamiliar de género, o violencia hacia las personas mayores es más habitual de lo que *a priori* se considera, y oculta unas con otras. Tampoco puede olvidarse de que muchas de ellas son infantilizadas por sus propios hijos e hijas, desautorizando sus decisiones o tomando decisiones por ellas. En este sentido, cabe destacar una situación que pueden sufrir las víctimas cuando existe dependencia física y necesita de cuidados. Suele ser muy común anular su capacidad en la toma de decisiones incluso de asuntos que a ellas les competen. Además, en los casos en que estos cuidados vienen de la mano del agresor, se puede “enmascarar” con estrés del cuidador, desdibujando así la causa del maltrato y enfocando el apoyo hacia el agresor (Celdrán 2013).

Esta realidad, presente en algunas situaciones de violencia en víctimas dependientes, se ha de tener en cuenta desde la perspectiva acertada, ya que, de lo contrario, estaríamos desprotegiendo aún más a la propia víctima.

4.8. Dificultades específicas para la ruptura asociadas a la edad

Estas mujeres informan menos de su situación, como se refleja en el estudio del Programa Daphne de la Comisión Europea (Unión de Asociaciones Familiares, s.f.). El 28,1% de mujeres entre 60 y 79 años manifiesta haber experimentado algún tipo de violencia por parte de su pareja en los últimos doce meses; no obstante, menos de la mitad había informado nunca al respecto, como se desprende de dicho estudio. Esto es una muestra de cómo las víctimas mayores han mantenido su situación en silencio continuado, con el secretismo que preponderaba en la época en que fueron educadas, que las abocaba a mantenerlo en el ámbito privado.

En segundo término, destacamos que las circunstancias adversas que rodean la victimización de las mujeres mayores, y que hemos relatado, conforman una serie de barreras, como ya han sido definidas genéricamente (Beaulaurier *et al.*, 2005)¹¹.

¹¹ Se refieren a que esta situación genera una serie de barreras, tanto internas como externas, que dificultan la búsqueda de ayuda por parte de estas mujeres mayores víctimas de violencia de género. Entre las barreras internas, algunos autores (Beaulaurier *et al.*, 2005) señalan cinco tipologías diferentes: (1) el deseo de proteger a la familia y, sobre todo, a los hijos, de la situación; (2) el sentimiento de autoculpa y resignación después de tantos años de violencia familiar; (3) el sentimiento de estar desprotegidas y ser dependientes econó-

Podríamos señalar —por ejemplo— la dependencia económica de la mujer de su pareja (Delgado Álvarez *et al.*, 2007; Zubizarreta *et al.*, 1994), la ausencia de alternativas residenciales viables (Craven, 2003), o la ausencia de apoyos sociales, tanto informales (Cubells *et al.*, 2010) como formales (Zubizarreta *et al.*, 1994). El aislamiento al que se han visto sometidas, unido a la menor red social que suele verse reducida por la muerte de allegados y amistades, genera además sensación de mayor soledad, de forma que, en ocasiones, esto no hace sino acercar a las víctimas a sus agresores, porque al fin y al cabo es lo que han tenido toda su vida.

4.8.1. Dificultades para denunciar

A todo lo ya descrito hasta ahora, como la influencia del sistema de creencias en términos de toma de decisiones para la ruptura de la convivencia y el declinar de la salud del agresor, etc., se suma la falta de información sobre sus derechos o bien las dificultades para poder comenzar su vida de cero.

El afrontamiento de cambios puede generar confusión, pero en edades avanzadas la dificultad aumenta. Según Red2Red (2018), el sentimiento de que ya se encuentran en la última etapa de la vida dificulta proyectar un futuro diferente y desean vivir tranquilas el tiempo que les queda. Junto a este deseo de una vida con menos sufrimientos coexiste el miedo a lo desconocido, a empezar de nuevo, a gestionar cualquier tipo de cambio (estado civil, entorno familiar, domicilio, etc.). A algunas mujeres, la interposición de la denuncia o el divorcio les genera sentimientos de fracaso a estas edades, o bien inseguridad; este aspecto tiene especial incidencia por su impacto en términos económicos y de vivienda.

Por otro lado, en ocasiones a tenor de la opresión a que han sido sometidas y el efecto que ha tenido esto sobre su capacidad de maniobra, genera en ellas una persistencia del *locus* de control externo, que incluso en ocasiones sitúan en manos de Dios, como se refleja en el siguiente testimonio:

[...] cuando Dios se lo lleve... yo viviré.¹²

En este sentido, incide sobremanera el papel de las hijas e hijos en términos tanto de apoyos para la propia víctima (Meneses *et al.*, 2018; De Miguel, 2015; IAM, 2018). También puede tener un efecto

de cortapisa a la hora del mantenimiento de la protección de la mujer hacia las hijas y los hijos en caso de que se tuvieran que hacer cargo de su padre, con lo que supone este hecho sobre la victimización sufrida al unísono por esta descendencia ya independizada del núcleo familiar. Como bien se visualiza en el testimonio de esta víctima:

Que se rompa una estructura familiar de unos padres de cuarenta años no es lo mismo que ahora, mis hijas se ven que van a tener que hacerse cargo de su padre.¹³

Algunas autoras ponen el énfasis en elementos vinculados con la edad de las mujeres y, en relación con ello, con la duración del proceso de violencia. Aspectos tales como que si no llegaron a la decisión de poner fin a la relación siendo más jóvenes, es particularmente complejo que logren hacerlo siendo mayores cuando la perspectiva de esperanza de vida es inferior y resulta particularmente difícil imaginarse iniciando una nueva vida (Bhatia y Soletti, 2019). O cuestiones relativas a que las alternativas reales son menores que en el caso de mujeres jóvenes (porque la salud ya no es buena, porque encontrar empleo es más difícil cuanto mayor es la edad de la mujer, porque el aislamiento es en ocasiones realmente intenso, etc.). (Gracia Ibáñez, 2015 y 2016; Hightower *et al.*, 2006).

4.9. Edadismo/maltrato institucional

La variable edad en la mujer víctima de violencia de género debe ser considerada a efectos de adecuarnos a su circunstancia, como hemos venido reflejando. Sin embargo, puede ocurrir que, a efectos de atender a una víctima mayor, prevalezca la edad sobre el género en forma de discriminación edadista. En estos casos, la mujer es vista como mayor antes que como mujer. Esto tiene consecuencias para la atención, pudiéndose considerar que no merece la pena afrontar cualquier tipo de proceso de ruptura. Este proceder puede dejar a la víctima de violencia de género mayor de sesenta y cinco años sin atención. En ocasiones puede ocurrir, de acuerdo con la evaluación realizada por el proyecto Breaking the Taboo II de la Comisión Europea (Messelis y Moreels, 2010), que se produzca una asimilación por parte de las y los profesionales de los servicios sociales y de salud entre maltrato a la persona mayor y violencia de género sufrida por la mujer mayor ejercida por la pareja. Por eso es tan primordial para la detección y para la toma de conciencia de la propia víctima el rol ejercido por las figuras profesionales que las atienden.

En este sentido, con el fin de no incurrir en ninguna desatención institucional, como bien afirma Susana Enciso (2013), psicóloga clínica experta en intervención con víctimas de violencia de género, la sociedad debe dar a las víctimas mayores de sesenta y cinco años respuestas y ayudas reales,

micamente y socialmente de sus parejas; (4) el sentimiento de desesperanza por un futuro incierto; y (5) el valor del secretismo, común en otras edades —es decir, la idea de que aquello que ocurre en la familia no debe salir de la familia—. Respecto de las barreras externas, se suelen resaltar en la literatura cuatro tipos (Beaulaurier *et al.*, 2007, Celdrán 2013): (1) el poco apoyo que las mujeres mayores creen que van a recibir por parte del resto de la familia; (2) la presión religiosa y el valor del matrimonio en su comunidad; (3) la desconfianza que a estas mujeres les suscita el sistema judicial y los profesionales especializados en violencia de pareja; y (4) los pocos recursos que existen en su comunidad pensados para su problemática.

¹² Testimonio recogido en el informe de la Fundación Ede (2010: 37).

¹³ Testimonio recogido en el informe de la Fundación Ede (2010: 31).

ofrecerles un lugar en el que no haya que partir de cero a una edad tan avanzada. Ya en el año 2003, un informe del Ararteko-Defensor del Pueblo Vasco concreta, en relación con las necesidades no cubiertas de las mujeres maltratadas, que el 59,3% de las entrevistadas considera que habría necesitado algo más. Existe una carencia de recursos adaptados a mujeres mayores que sufren violencia de género y respuestas específicas desde un enfoque interseccional (Gracia Ibáñez, 2015).

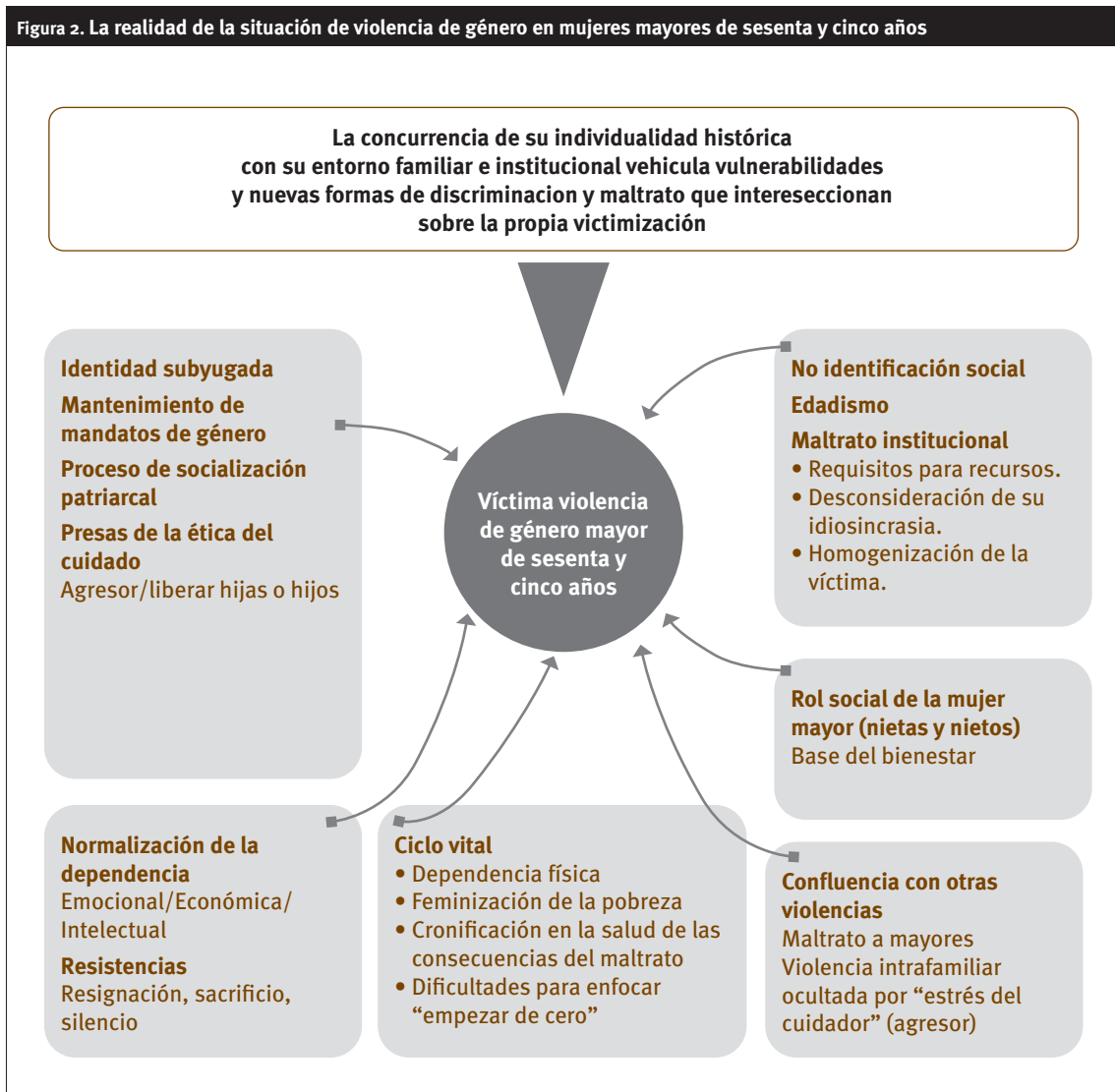
En la Figura 2, a modo de resumen de este análisis interseccional mostrado, se recoge de manera gráfica la visión holística de esta realidad aludida, al objeto de tener una mirada general que dé una idea instantánea de la posible globalidad e idiosincrasia en que se desarrolla la propia situación de violencia.

Con estos aspectos expuestos hasta ahora, hemos pretendido ofrecer una imagen de la realidad de las víctimas desde una perspectiva interseccional. Para finalizar, presentamos una pequeña aproximación

a algunos retos a los que nos enfrentamos como sociedad y como figuras profesionales para transformar esta realidad.

5. Retos acordes a la mirada interseccional

Como expresa Dorothy Smith (2005), el estudio del papel de las instituciones en la vida de las personas es fundamental, ya que permite superar los límites entre las divisiones sociológicas entre lo macro y lo micro. Siguiendo esta idea, no podemos dejar de identificar a las mujeres mayores como víctimas o supervivientes, en este caso silenciosas, de la violencia de género. No existe un modelo de víctima, no existe un tipo unívoco de superviviente, no existen patrones a los que ajustarse, porque la diversidad de ellos es enorme y lo único que tienen en común estas mujeres es justamente ser víctimas. Por ello, no pueden ser consideradas víctimas “no perfectas” porque no se adecúan a los criterios legales ni a los perfiles sociales y estándares de comportamiento



Fuente: Elaboración propia.

de una víctima de violencia de género (MacDowell, 2013).

En el estudio realizado en la Comunidad Autónoma de Madrid por Meneses-Falcón y Charro-Baena (2019), se concluyó que la edad de las víctimas fue el principal obstáculo para que las necesidades de muchas mujeres mayores de sesenta y cinco años estuviesen atendidas, e indicó que los modelos de intervención que tradicionalmente se vienen utilizando con mujeres víctimas de violencia de pareja no fueron los más apropiados para ellas; no todas las mujeres pueden requerir el mismo apoyo o la misma intervención. En este mismo estudio se observó que la falta de respuesta adecuada obligó al médico de atención primaria a paliar las consecuencias de la violencia que vivían con la prescripción de psicofármacos, cuando lo que realmente precisaban era una intervención psicosocial adaptada a sus necesidades.

Los modelos tradicionales dirigidos a las mujeres que sufren violencia en el ámbito de pareja deben ser revisados porque no incluyen a las mujeres mayores. Habrá que repensar, por tanto, este modelo de atención teniendo en consideración, además, que las mujeres mayores víctimas de violencia, debido a su proceso vital y a su entorno social actual, presentan una serie de desigualdades. Sería aconsejable la observación de cómo este entramado de desigualdades, probablemente no de forma sumatoria, sino desde una mirada que analice en sentido biopsicosocial, puede estructurar la vida en torno a la propia situación de violencia de una mujer

mayor. Esto ayudará a interrogar esta realidad desde diferentes frentes, evitando sesgos y realizando, por tanto, una aproximación más honesta que revertirá en visibilizarla en toda su onda expansiva y acercarnos a proporcionar una solución acorde que aminore en la medida de lo posible las violencias que enfrenta esta mujer mayor.

Si tomamos como guía las recomendaciones de la Convención sobre la Eliminación de toda forma de Discriminación contra la Mujer (CEDAWC, 1999 y 2010) se han de promover desde los presupuestos gubernamentales las políticas sociales, el apoyo a la investigación y cambios normativos. En este sentido, se ha de promover la investigación dirigida a conocer la prevalencia, las necesidades y dificultades de estas mujeres mayores de sesenta y cinco años víctimas de violencia de género; con ello facilitaremos su detección atención y, por tanto, contribuiremos a la no perpetuación de su situación.

Es, por tanto, imprescindible diseñar e introducir los indicadores y mecanismos necesarios que permitan el conocimiento de la incidencia de la variable edad, cuya concurrencia resulta generadora de situaciones de discriminación múltiple en los diferentes ámbitos de intervención. Con ello no se vulnerarán sus derechos a una atención adaptada a su situación en términos equitativos, de lo contrario estaríamos priorizando las necesidades, experiencia e intereses de unas personas, léase mujeres víctimas de violencia de género, en detrimento de un subgrupo de mujeres que sufren, y llevan sufriendo años en silencio, la violencia de género en el ámbito de pareja.

- ÁLVAREZ GARCÍA, M; SÁNCHEZ ALIAS, A.M. y BOJÓ, P. (coords.) (2016): *Manual de atención psicológica a víctimas de maltrato machista*, Colegio Oficial de Psicología de Gipuzkoa.
- ARARTEKO (2003): *Respuesta institucional a la violencia contra las mujeres de la CAPV*, serie Informes Extraordinario al Parlamento Vasco, Vitoria-Gasteiz, Ararteko.
- ASOCIACIÓN PRODERECHOS HUMANOS ARGITUZ (2015): *Informe de identificación de necesidades y obstáculos encontrados por las mujeres víctimas de violencia de género del área rural de Bizkaia en el acceso efectivo a los servicios y prestaciones de apoyo, atención y justicia*, Bilbao, Departamento de Acción Social de la Diputación Foral de Bizkaia.
- BAKER, M.W.; LACROIX, A.Z.; WU, C.; COCHRANE, B.B.; WALLACE, R. y WOODS, N.F. (2009): "Mortality risk associated with physical and verbal abuse in women aged 50 to 79", *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(10), pp. 1.799-1.809.
- BAZO, M.T. (2001): "Negligencia y malos tratos a las personas mayores en España", *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, vol. 36, nº 1, pp. 8-14.
- BEAULAUER, R.L.; SEFF, L.R.; NEWMAN, F.L. y DUNLOP, B. (2005): "Internal barriers to help seeking for middleaged and older women who experience intimate partner violence", *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 17(3), pp. 53-74.
- (2007): "External barriers to help seeking for older women who experience intimate partner violence", *Journal of Family Violence*, vol. 22, nº 8, pp. 747-755.
- BHATIA, P. y SOLETTI, A.B. (2019): "Hushed Voices: Views and Experiences of Older Women on Partner Abuse in Later Life", *Ageing International*, vol. 44, nº 1, pp. 41-56.
- BONOMI, A.E.; ANDERSON, M.L.; REID, R.J.; CARRELL, D.; FISHMAN, P.A.; RIVARA, F.P. y THOMPSON, R.S. (2007): "Intimate partner violence in older women", *The gerontologist*, 47(1), pp. 34-41.
- CELDRÁN, M. (2013): "La violencia hacia la mujer mayor: revisión bibliográfica", *Papeles del psicólogo*, 34(1), pp. 57-64.
- CHO, S.; CRENSHAW, K. y MCCALL, L. (2013): "Toward a field of intersexuality studies: Theory, applications, and praxis", *Signs*, 38, pp. 785-810.
- COMITÉ PARA LA ELIMINACIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN CONTRA LA MUJER (CEDAW) (1999): *Consideration of reports submitted by States parties under article 18 of the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women*, CEDAW/C/PRK, Naciones Unidas.
- (2010): *Recomendación sobre las mujeres de edad y la protección de los derechos humanos*, CEDAW /C/GC/27, Naciones Unidas.
- CRAVEN, Z. (2003): *Battered Women Syndrome*, serie Topic Papers, Australian Domestic and Family Violence Clearinghouse.
- CRENSHAW, K. (2002): "Critical Race Studies. The first decade: Critical reflections or 'a foot in the closing door'", *UCLA Law Review*, vol. 49, pp. 1.343-1.372.
- (2012): "Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero", *Estudos Feministas*, 10(1), p. 171.
- CUBELLS SERRA, J.; CALSAMIGLIA MADURGA, A. y ALBERTÍN CARBÓ, P. (2010): "Sistema y Subjetividad:

la invisibilización de las diferencias entre las mujeres víctimas de violencia machista”, *Quaderns de Psicologia*, 12(2), pp. 195-207

- DE MIGUEL LUKEN, V. (2015): *Macroencuesta de violencia contra la mujer 2015*. Madrid, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA LA VIOLENCIA DE GÉNERO (2020), *Macroencuesta de violencia contra la mujer (2019)*, Madrid, Ministerio de Igualdad. Gobierno de España, <<https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/macroencuesta2015/Macroencuesta2019/home.htm>>.
- DELGADO ÁLVAREZ, C.; IRAEGUI TORRALBA, A.; MARQUINA TORRES, L.; MARTÍN TABERNERO, M.F.; PALACIOS VICARIO, B.; PLAZA SÁNCHEZ, J.F.; SENDÍN MELGUIZO, P.P.; PÉREZ GRANDE, M.D. y SÁNCHEZ GÓMEZ, M.C. (2007): “Patrones de masculinidad y feminidad asociados al ciclo de la violencia de género”, *Revista de Investigación Educativa*, 25(1), pp. 187-218.
- EISIKOVITS, Z. y BAND-WINTERSTEIN, T. (2015): “Dimensions of suffering among old and young battered women”, *Journal of Family Violence*, 30(1), pp. 49-62.
- ENCISO, S. (2013): “Sanidad, justicia y psicología en la violencia de género” [presentación en mesa redonda], Encuentro por una Sociedad Libre de Violencia contra las Mujeres, Cursos de Verano de El Escorial, Universidad Complutense de Madrid.
- FISHER, B.; ZINK, T.; RINTO, B.; REGAN, S.; PABST, S. y GOTHELF, E. (2003): “Guest editors’ introduction. Overlooked issues during the golden years: Domestic violence and intimate partner violence against older women”, *Violence against Women*, vol. 9, nº 12, pp. 1.409-1.416.
- FUNDACIÓN EDE (2010): *La variable edad en la intervención contra las mujeres víctimas de violencia de género*, Vitoria-Gasteiz, Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- (2012): *Mujeres víctimas de violencia de género: vivencias y demandas*, Vitoria-Gasteiz, Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- (2016): *Datos en relación con el alcance de la atención a las mujeres víctimas de violencia en la CAPV. Análisis de la información*, Emakunde-Instituto Vasco de la Mujer, <https://www.emakunde.euskadi.eus/contenidos/informacion/violencia_evaluacion_informes/es_def/adjuntos/datos_alcance_atencion_mujeres_victimas_violencia_capv_2016.pdf>.
- (2017): *Datos en relación con el alcance de la atención durante el 2016, a las mujeres víctimas de violencia en la CAPV. Análisis de la información*, Emakunde-Instituto Vasco de la Mujer, <https://www.emakunde.euskadi.eus/contenidos/informacion/violencia_evaluacion_informes/es_def/adjuntos/datos_alcance_atenci%C3%B3n_2016_mujeres_victimas_violencia_capv.pdf>.
- (2018): *Datos en relación con el alcance de la atención durante 2017 a las mujeres víctimas de violencia en la CAPV. Análisis de la información*, Emakunde-Instituto Vasco de la Mujer, <https://www.emakunde.euskadi.eus/contenidos/informacion/violencia_evaluacion_informes/es_def/adjuntos/2017_informe_recursos.pdf>.
- (2019): *La respuesta a víctimas de la violencia contra las mujeres en la CAE. Datos 2018*, Emakunde-Instituto Vasco de la Mujer, <https://www.emakunde.euskadi.eus/contenidos/informacion/violencia_evaluacion_informes/es_def/adjuntos/2018.respuesta_violencia_mujeres.pdf>.
- GRACIA IBÁÑEZ, J. (2015): “Una mirada interseccional sobre la violencia de género contra las mujeres mayores”, *Oñati Socio-legal Series*, 5(2), pp. 547-569.
- (2016): “Una panorámica sobre la violencia familiar y de género contra las mujeres mayores”, *Aequalitas*, 38, pp. 45-50.
- GUIJARRO, A. (2001): *El síndrome de la abuela esclava*. Granada, Grupo editorial universitario.
- HIGHTOWER, J.; SMITH, M.J.G. y HIGHTOWER, H.C. (2006): “Hearing the voices of abused older women”, *Journal of Gerontological Social Work*, 46, pp. 205-227.
- LAGUNAS, A.C. (2017): “La Falange es un modo de ser (mujer): discursos e identidades de género en las publicaciones de la Sección Femenina (1938-1945)”, *Historia y política: Ideas, procesos y movimientos sociales*, 37, pp. 91-120.
- MACDOWELL, E. (2013): “Theorizing from Particularity: Perpetrators and Intersectional Theory on Domestic Violence”, *Journal of Gender, Race and Justice*, 16 (2).
- MCCALL, L. (2005): “The complexity of intersectionality”, *Signs*, 30, 1.771-1.800.
- MENESES, C. (coord.) (2018): *La violencia de género en la pareja o la expareja de mujeres mayores de 60 años*, Madrid, Universidad de Comillas, <<http://hdl.handle.net/11531/34999>>.
- MENESES-FALCÓN C y CHARRO-BAENA B. (2019): “¿Se debe cambiar la intervención para las mujeres mayores de 65 años víctimas de violencia de su pareja?”, *Atención Primaria*, vol. 51, nº 7, pp. 458-459.
- MESSELS, E. y MOREELS, A. (2010): *Breaking the Taboo II – Developing and Testing Tools to Train-the-Trainer*, <http://www.btt-project.eu/fileadmin/btt/PDFs/Final_Report_Belgium_29092010.pdf>.
- MINISTERIO DE SANIDAD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL (2018): *Encuesta Nacional de Salud España 2017*, Madrid, Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.
- MOUTON, C. et al. (2010): “Psychosocial effects of physical and verbal abuse in postmenopausal women”, *Annals of Family Medicine*, 8 (3), pp. 206-213.
- PARLAMENTO EUROPEO (2012): Resolución del Parlamento Europeo, de 2 de febrero de 2012, sobre el programa Daphne: logros y perspectivas futuras, 2011/2273 (INI), <https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-7-2012-0027_ES.html>.
- PÉREZ ORTIZ, L. (2005): “La protección social a la vejez”, en SANCHO CASTIELLO, M. (coord.): *Las personas*

- mayores en España. Informe 2004. Datos estadísticos estatales y por comunidades autónomas, tomo I, Madrid, Imserso, pp. 205-327.
- (2012): “La protección social a la vejez”, en SANCHO CASTIELLO, M. (coord.), *Las personas mayores en España. Informe 2006. Datos estadísticos estatales y por comunidades autónomas*, tomo I, colección Estudios, serie Documentos Estadísticos, nº 22.008, Madrid, Imserso.
- PURTSCHERT, P. y MEYER, K. (2010): “Die Macht der Kategorien: kritische Überlegungen zur Intersektionalität”, *Feministische Studien*, 28(1), 130-142.
- RED2RED (2018): *La violencia de género contra las mujeres mayores en la población aragonesa*, Instituto Aragonés de la Mujer.
- SARASUA, B.; ZUBIZARRETA, I.; ECHEBURÚA, E., y DE CORRAL, P. (2007): “Perfil psicopatológico diferencial de las víctimas de violencia de pareja en función de la edad”, *Psicothema*, 19(3), pp. 459-466.
- SERRANO HERNÁNDEZ, C. (2013): “Un estudio sobre los efectos de la violencia de género en el desarrollo psíquico de las mujeres” [tesis doctoral], Universidad de Deusto.
- SLEAP, B. (2017): *Tenemos los mismos derechos. ¿Qué dicen las mujeres adultas mayores sobre su derecho a la no discriminación, a la igualdad, a vivir libres de violencia, abuso y negligencia en la vejez?*, Londres, HelpAge International, <<https://www.helpage.org/silo/files/tenemos-los-mismos-derechos.pdf>>.
- SMITH, D. (2005): *Institutional Ethnography: A Sociology for People*, Altamira Press.
- STEIN, M.B. y BARRETT-CONNOR, E. (2000): “Sexual assault and physical health: Findings from a population-based study of older adults”, *Psychosomatic Medicine*, 62(6), pp. 838-843.
- STRAKA, S.M. y MONTMINY, L. (2006): “Responding to the needs of older women experiencing domestic violence”, *Violence Against Women*, 12 (3), pp. 251-267.
- SUSPERGINTZA ELKARTEA (2020): *La respuesta a víctimas de la violencia contra las mujeres en la CAE. Datos 2019*, Emakunde-Instituto Vasco de la Mujer, <https://www.emakunde.euskadi.eus/contenidos/informacion/violencia_evaluacion_informes/es_def/adjuntos/2019.informe_recursos_atencion.pdf>.
- TRUJANO, P.; NAVA, C.; TEJADA, E. y GUTIÉRREZ, S. (2006): “Estudio confirmatorio acerca de la frecuencia y percepción de la violencia: el VIDOFyP como instrumento de evaluación y algunas reflexiones psicosociales”, *Intervención Psicosocial*, 15 (1), pp. 95-111, <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113205592006000100007&lng=es&nrm=iso>.
- UNIÓN DE ASOCIACIONES FAMILIARES (s.f.): *Proyecto Daphne: Stop a la violencia contra las mujeres mayores*, <<https://unaf.org/inicio/proyecto-europeo-daphne-stop-a-la-violencia-contra-las-mujeres-mayores/>>.
- ZUBIZARRETA, I.; SARASÚA, B.; ECHEBURÚA, E.; DE CORRAL, P.; SAUCA, D. Y EMPARANZA, I. (1994): “Consecuencias psicológicas del maltrato doméstico”, en ECHEBURÚA, E.: *Personalidades violentas*, Madrid, Pirámide, pp. 129-152.

Los asentamientos en la ciudad de Barcelona: dificultades y retos de la atención social en el espacio público

María Virginia Matulič Domandžič

Unidad de Formación e Investigación (UFR), Trabajo Social, Universidad de Barcelona
mmatulic@ub.edu

Carles Cabré Vacas

PROGRESS
carles.cabre@prograss.com

Albert García Gispert

Solucions residencials SORES
albert.garcia@sores.cat

Mendearen bigarren erdialdetik aurrera sortutako eraldaketa sozial eta ekonomikoek hirietan kokatu zuten asentamendua areagotu zuten. Bere konfigurazioa gure gizarteetako desberdintasun sozialen benetako behatoki gisa aurkezten da. Artikulu honek Bartzelonako Udaleko likidazio irregularreko planaren bulegoan (OPAI) 2019-2020 aldian egindako ikerketa kualitatiboaren emaitzak erakusten ditu, espazio publikoan gizarte-arreta eta bere politikak ardatz hartuta. Emaitzek ondorioztatzen dute profesionalek garatzen duten arreta soziala laguntza sozioedukatibo intentsiboan oinarritzen dela. Egoeren konplexutasunak kulturarteko eta komunitateko ikuspegia eskatzen du, inplikaturako eragile sozial guztien artean sareak barne hartzen dituen. Erronka nagusien artean, artatutako pertsonen aurkeztutako bizitegi-bazterketa prozesu desberdinak bideratzen dituzten politika publikoak garatzen dira.

GAKO-HITZAK:

Asentamenduak, arreta soziala, laguntza sozioedukatiboa, espazio publikoa, Bartzelonako hiria.

Las transformaciones sociales y económicas producidas a partir de la segunda mitad del siglo XX incrementaron la presencia de los asentamientos en las ciudades. Su configuración se presenta como un verdadero observatorio de las desigualdades sociales en nuestras sociedades. El presente artículo muestra los resultados de la investigación cualitativa realizada en el periodo 2019-2020 en la Oficina del Plan de Asentamientos Irregulares (OPAI) del Ayuntamiento de Barcelona, centrando la mirada en la atención social en el espacio público y en sus políticas. Los resultados concluyen que la atención social desarrollada por los profesionales se basa en un acompañamiento socioeducativo de carácter intensivo. La complejidad que presentan las situaciones requiere de un enfoque intercultural y comunitario que incorpore un trabajo en red entre todos los agentes sociales implicados. Como retos principales, se destacan el desarrollo de políticas públicas que atiendan los diversos procesos de exclusión residencial que presentan las personas atendidas.

PALABRAS CLAVE:

Asentamientos, atención social, acompañamiento socioeducativo, espacio público, ciudad de Barcelona.

1. Cambios y representaciones del espacio público

El espacio público representa el lugar donde se producen las interacciones y las relaciones sociales de una comunidad. Es en estos espacios donde las personas realizan actividades funcionales y rituales que las unen a una comunidad (Carr *et al.*, 1992: 6). Un universo complejo y diverso donde se produce la representación de la sociedad en la que se inscribe la ciudad y donde se articulan diversas alteridades que no están exentas de conflictos (Velázquez, 2007: 20).

A finales de la década de los setenta, el capitalismo había instrumentalizado el espacio público produciendo profundas desigualdades que habían generado importantes transformaciones, tanto en el acceso como en el uso de este espacio. Autores como Lefebvre (1969) ya planteaban el derecho a la ciudad como una alternativa de resistencia frente a las propuestas promovidas por los Estados modernos. La reivindicación de este derecho implicaba promover espacios igualitarios donde los ciudadanos pudieran articular diversos intercambios y tejer variadas complicidades. Este derecho a la ciudad se encuentra hoy restringido y rodeado de conflictos (Harvey, 2003).

El uso del espacio público se ha ido transformando y sus cambios se vinculan a varias dimensiones (políticas, sociales, económicas y culturales) que impactan de forma directa a los territorios. Autores como Soja (1996) reconocen que la construcción social del espacio público en el capitalismo es un proceso en el que intervienen multitud de fuerzas, donde toman importancia las dimensiones culturales y políticas. En esta línea, Delgado y Malet (2007) destacan la connotación ideológica que rodea este espacio como reproductor de las desigualdades sociales en nuestras sociedades.

Las ciudades europeas inician en los años ochenta importantes cambios y transformaciones que afectarán a la configuración y los usos del espacio público. Entre las más importantes destacan las vinculadas a las políticas de regeneración urbana, que tenían como objetivo reducir la concentración de la pobreza en varias zonas de las ciudades. Barcelona lidera en esta época varios planes de recuperación de áreas degradadas, tanto en zonas periféricas como céntricas de la ciudad. Según Tapada y Arbaci (2011) la implementación de estas actuaciones fomentará procesos de gentrificación en zonas emblemáticas de la ciudad, produciendo procesos de exclusión y segregación urbana.

Barcelona inicia en la década de los noventa (con motivo de los Juegos Olímpicos) un proceso de transformación que configurará la ciudad en el llamado Modelo Barcelona. A través de esta propuesta urbana de inspiración neoliberal se producirá una serie de actuaciones centradas en favorecer las demandas del mercado global por encima de las necesidades sociales de la población en estos espacios. Según Delgado y Malet (2007:

60), la cuestión urbana ha sufrido importantes transformaciones donde la ideología dominante se legitima a través de diversas estrategias, la exclusión de todo aquello que resulte problemático o discordante con el modelo de ciudad que se pretendía promocionar.

La Administración Pública es la encargada de la regulación y la gestión del espacio público, fijando a través de sus normativas la configuración y condiciones de uso de este espacio para todos los ciudadanos. En este sentido, la ciudad de Barcelona ha sido pionera en la regulación de este espacio a través de la Ordenanza de medidas para fomentar y garantizar la convivencia ciudadana en el espacio público de Barcelona (BOP, 2006). Según diversos autores (Brenner, Peck y Throdore, 2009; Delgado y Malet, 2007), estas regulaciones tienen la función de convertirse en medidas de vigilancia y control de las poblaciones excluidas y con menos capacidad de consumo. En este sentido, las personas y grupos que desarrollan su vida en este espacio son considerados amenazantes y peligrosos para la convivencia ciudadana (Palleres, 2004). Autores como Ferreres y Fernández (2018) afirman que estas medidas se vinculan a una gestión neoliberal del hogarismo que tiene la función de penalizar y criminalizar a las personas que se encuentran transitando por diversos procesos de exclusión social en la ciudad.

La dimensión espacial se convierte en un elemento esencial para la comprensión del hogarismo, ya que las personas en situación de calle desarrollan su cotidianidad en un espacio público. Esta apropiación del espacio urbano genera incomodidad y rechazo, ya que no solo es simbólica, sino también física —principalmente, a través de la conformación del espacio individual—, y es en este lugar donde se manifiesta claramente el rechazo que produce la presencia de desconocidos o de extraños en el espacio público (Palleres, 2004).

Varios autores coinciden en afirmar que la movilidad es una de las principales particularidades de las personas sin hogar (Muñoz *et al.*, 2003; Sánchez Morales, 2010; Cabrera, 1998). Según Bachiller, el resultado de la exclusión social que afecta a estas personas se expresa a través de un proceso de movilidad forzada. Esta estrategia se materializa por medio de la presión que realizan determinados agentes o fuerzas de seguridad, a través de la ubicación de los recursos sociales en determinadas zonas de la ciudad o en las políticas de reconversión urbana que se llevan a cabo en grandes ciudades (Bachiller, 2009).

El Ayuntamiento de Barcelona, a través del Departamento de Atención a Personas sin Hogar y de intervención en el espacio público, del Instituto Municipal de Servicios Sociales (IMSS), es el responsable de articular políticas sociales dirigidas a las personas que se encuentran en situación de sin techo y sin hogar en la ciudad. El ayuntamiento cuenta con una información detallada de las

personas que duermen en las calles de la ciudad. Recuentos mensuales, mapas de localización y memorias anuales facilitan un constante registro de la ubicación y movilidad de las personas y grupos en todo el territorio. A partir del año 2013 se produce un cambio organizativo y el Servicio de Inserción Social (SIS) que estaba gestionado por este departamento pasa a depender de lo que es ahora el Departamento de Servicio de Urgencias y Emergencias Sociales y de Intervención en el Espacio Público. Sin embargo, desde el año 2018 se empieza a valorar la idea de fusionar la oficina con el Servicio de Inserción Social de Medio Abierto (SISMO). Fusión que está prevista materializarse a inicios del año 2021.

Este cambio nos informa de la importancia que tiene la gestión del espacio público en las políticas sociales orientadas a las temáticas relacionadas con la exclusión social en la ciudad de Barcelona.

2. Los asentamientos en la ciudad de Barcelona: una aproximación histórica

Los asentamientos son un reflejo de los cambios sociales y económicos imperantes en nuestras sociedades. Según el Diagnóstico 2019, unas 498 personas viven en asentamientos en la ciudad de Barcelona (De Inés *et al.*, 2019). El número de personas se ha ido reduciendo desde 2011, en el que había llegado a 695 personas. De los diversos factores que contribuyeron al crecimiento del fenómeno de los asentamientos en la ciudad de Barcelona, sobre todo entre la población inmigrante, cabe destacar los siguientes:

1. El impacto de la crisis económica sobre la tasa de paro del colectivo inmigrante, que dobla la media.
2. El alto número de solares y naves industriales abandonadas.
3. Los traslados ordenados por el Estado de personas de origen subsahariano en situación documental irregular procedentes de Canarias, Ceuta y Melilla.
4. La recogida de chatarra como una de las principales opciones de actividad económica informal para muchas personas en situación de exclusión social.
5. El rechazo de las ofertas de los servicios estándar de inclusión social de la ciudad por parte de la mayor parte de los residentes en los asentamientos.

Todo ello incidió en un crecimiento significativo del número de asentamientos en la ciudad. Si tradicionalmente se trataba de asentamientos de familias gitanas galaicoportuguesas o rumanas, entre 2011 y 2013 aparecen asentamientos de personas de origen subsahariano y de otras nacionalidades.

El Servicio de Inserción Social (SIS) inicia el trabajo con asentamientos conformados por familias de

origen galaicoportugués en el año 1994, cuando estas familias tenían un carácter eminentemente itinerante y hacían estancias temporales en la ciudad entre octubre y abril. La acción del SIS se coordina con los servicios sociales de los territorios donde se asentaban estas familias, eminentemente el distrito de Sant Martí. Sin embargo, la intervención quedaba interrumpida por el carácter itinerante de la población diana. A mediados de la primera década del siglo XXI, estas familias perdieron su carácter itinerante y se establecieron en diferentes territorios de la ciudad de manera estable, aprovechando los espacios de uso privativo en desuso. Es entonces cuando la intervención con estas familias se asume desde el Servicio de Atención Social a Personas Itinerantes (SASPI)¹, dadas las características específicas que las diferenciaban de los perfiles atendidos habitualmente por el SIS.

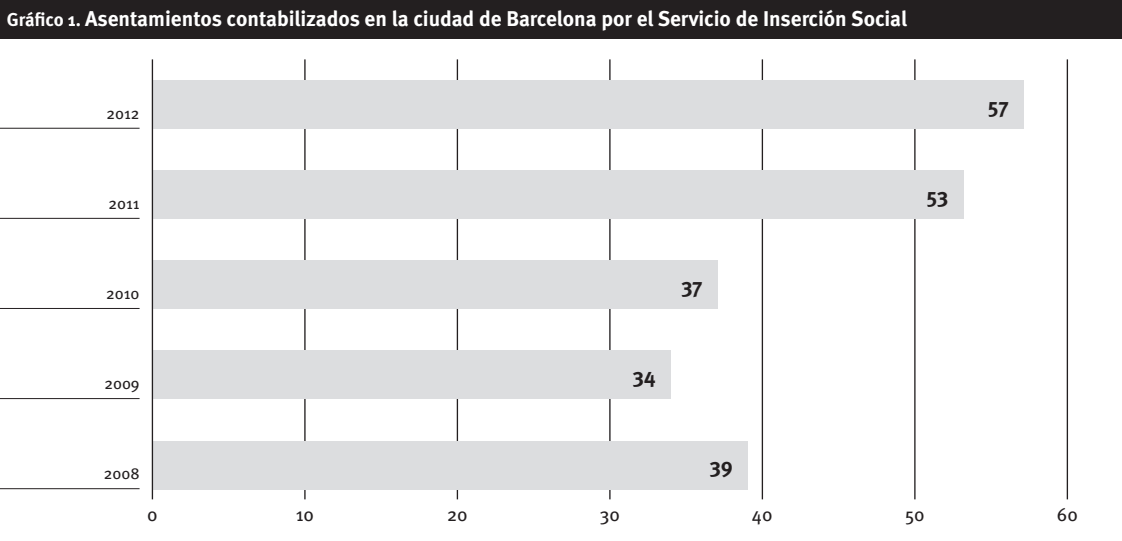
Los antiguos equipos de SASPI (ahora Servicio de Intervención Social de Familias con Menores, SISFAM) se dirigen a mejorar las condiciones de vida de las familias con niños a cargo, que viven en asentamientos o cualquier tipo de infravivienda en la ciudad de Barcelona. Los objetivos del servicio orientados a las familias son conseguir que encuentren alternativas de inserción social y laboral que les permitan cambiar de estilo de vida y obtener estabilidad, fomentar el seguimiento de itinerarios formativos y laborales de los adultos para la búsqueda de ingresos estables que les permitan cubrir las necesidades básicas, y velar por la convivencia y la cohesión social en torno a los asentamientos a través del trabajo social con las familias en el espacio público. Este servicio también se dirige a la mejora de las situaciones de los niños en edad escolar, garantizando su escolarización y el seguimiento médico y pediátrico².

En el año 2003 los equipos del SIS detectaron, sobre todo en el distrito de Sants-Montjuïc, un nuevo conjunto de familias Rom, originarias de Rumania, que destacan como un fenómeno emergente y en alza. La intervención con estas familias, que ocupaban el espacio público y zonas de uso privativo, la efectuó en primera instancia el SIS, hasta que la atención integral de las familias rumanas asentadas pasó al SASPI.

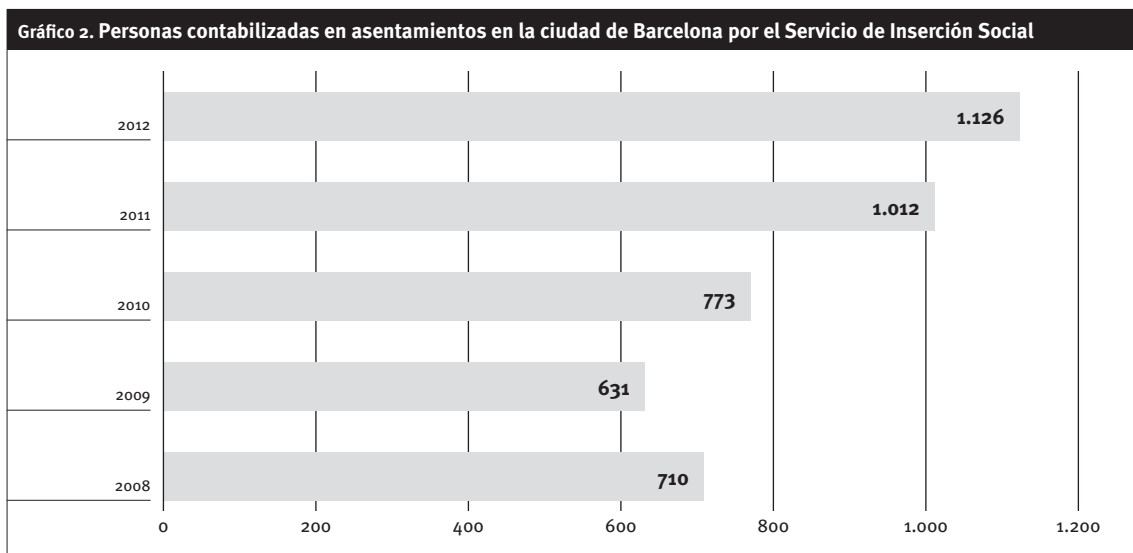
Durante el año 2003 tuvo lugar el establecimiento de grupos de personas en situación administrativa irregular en los antiguos cuarteles de Sant Andreu, ocupados sobre todo por personas solas de varias nacionalidades, entre las que había un importante porcentaje de personas provenientes de países subsaharianos. El desmantelamiento de este gran asentamiento, que llegó a tener más de quinientos individuos, dispersó por toda la ciudad una multitud

¹ Actualmente el Servicio de Inserción Social de Familias con Menores a su Cargo.

² Para más información: <<https://ajuntament.barcelona.cat/prevenio/ca/servei-inserci%C3%B3-social-fam%C3%ADlies-rom-sisarom>>.



Fuente: Servicio de Inserción social, Ayuntamiento de Barcelona.



Fuente: Servicio de Inserción social, Ayuntamiento de Barcelona.

de personas que se encontraban en situación administrativa irregular y sin posibilidades de acceder al mercado de trabajo. Aunque los dispositivos de alojamiento y atención social fueron desplegados por el Ayuntamiento de Barcelona, en colaboración con la Cruz Roja, gran parte de las personas atendidas quedaron fuera de los circuitos de atención.

A falta de un servicio especializado que cuantifique con exactitud el fenómeno, desde el Ayuntamiento de Barcelona se encarga esta tarea al SIS, que inicia la recogida sistemática de datos en el año 2004. A continuación se ofrece la evolución los asentamientos y de las personas contabilizadas en estos espacios en la ciudad en los últimos cinco años, hasta la creación del OPAL en el año 2013 (ver Gráfico 1 y Gráfico 2).

En el año 2012, desde el Departamento de Atención a Personas Vulnerables, órgano dependiente de la

Dirección de Familia y Servicios Sociales del Área de Calidad de Vida, Igualdad y Deportes, se definieron las diferentes intervenciones que los equipos de SASPI y SIS realizaban en espacios de uso privativo, considerando las ocupaciones de espacios privados y definiendo los asentamientos en ellos como “la pernoctación de grupos de personas en naves, fábricas y otras edificaciones abandonadas con estructuras de alojamiento precario (barracas, caravanas, camiones, etc.”.

Igualmente, se definieron las diferentes tipologías que se detectaban habitualmente a los asentamientos:

1. Personas gitanas galaicoportuguesas (itinerantes).
2. Personas gitanas rumanas.
3. Personas africanas (senegalesas, guineanas y procedentes de otros países subsaharianos).

4. Personas de varias nacionalidades diferentes a las anteriores.

Aunque el Ayuntamiento de Barcelona ya contaba con un servicio específico, el SASPI, para atender a las familias asentadas de origen galaicoportugués y rumano, así como con un servicio de atención específica a personas sin techo, el SIS, que también se encargaba de la detección y cuantificación de los asentamientos, ante el aumento y las nuevas situaciones detectadas se planteó la necesidad de diseñar y ejecutar un plan de intervención específico de asentamientos. Con esta doble finalidad y la voluntad de centralizar las funciones de los diferentes servicios que ya trabajaban hacia los asentamientos se creó, en enero de 2013, la Oficina del Plan de Asentamientos Irregulares (OPAI), dentro del Departamento de Acción Comunitaria del Área de Calidad de Vida, Igualdad y Deportes.

En el mes de marzo de 2012 el gobierno municipal adquirió, en las comisiones plenarias de Calidad de Vida, Igualdad y Deportes y de Hábitat Urbano, el compromiso de impulsar un plan integral de asentamientos irregulares. Cinco fueron los fines que persiguió este plan en su inicio: 1. Velar por la dignidad y seguridad de las personas. 2. Garantizar la convivencia cívica, vecinal y social. 3. Tender a la erradicación del fenómeno de asentamientos, teniendo bien presente su complejidad. 4. Trabajar las posibles salidas, caso por caso, de todos ellos, buscando el conjunto de soluciones que deben hacerlo posible. Se plantea un proceso con acciones a corto, medio y largo plazo en el que el Ayuntamiento de Barcelona extremará todas sus capacidades. 5. Implicar a todas las Administraciones

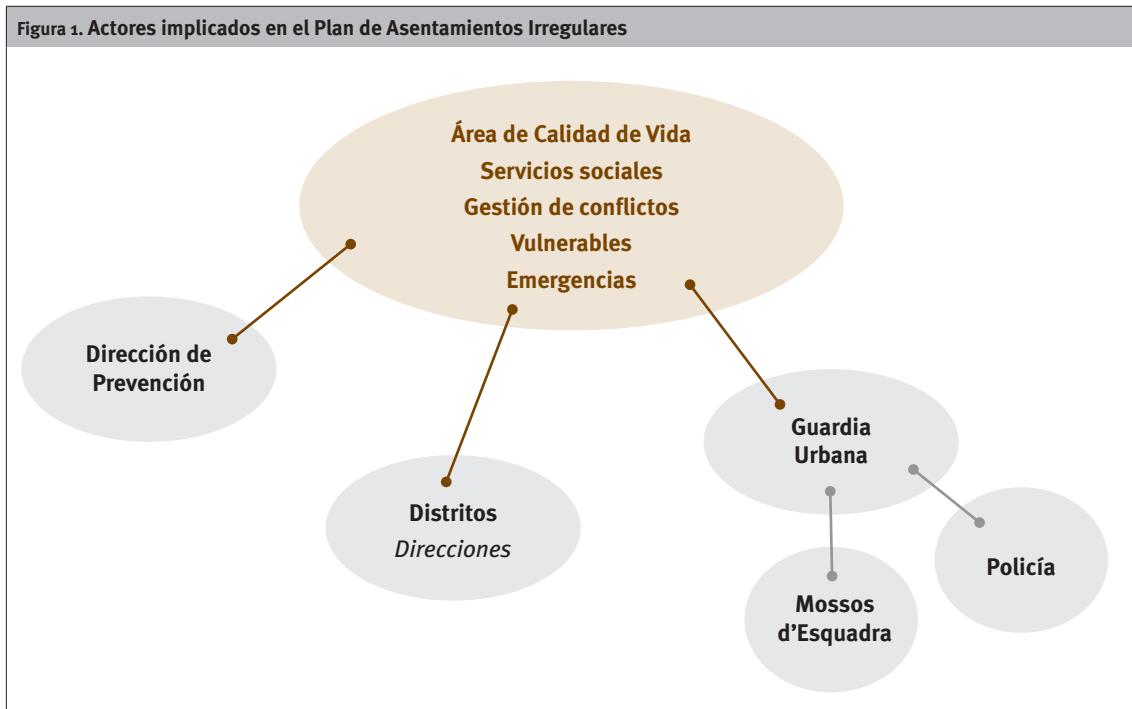
involucradas; es fundamental papel del Estado español, que es la administración competente en la regulación de flujos, control de fronteras y documentación de los inmigrantes.

En el marco de este plan se trabajó un concepto básico de asentamiento, que quedó definido como “pernoctas que se realizan básicamente a través de la ocupación de espacios privados o públicos en naves (fábricas o edificaciones abandonadas) solares con estructuras de alojamiento precario (barracas, caravanas, camiones-vivienda, etc.) que se mantienen en el tiempo”.

La misión del proyecto contempló tres momentos:

- Fase 1. Redactar un informe de diagnóstico y de plan de acción, mediante la creación de una *task force* multisectorial, capaz de involucrar a toda la administración del Ayuntamiento de Barcelona.
- Fase 2. Diseñar e implantar un plan de innovación social que tenga como objetivo aportar soluciones a la problemática de los asentamientos irregulares en Barcelona.
- Fase 3. Coordinar el Plan de Asentamientos Irregulares con los objetivos de mejora de la calidad de vida de la ciudad, con énfasis en los grupos sociales en condición de pobreza y en la consolidación de una ciudad eficiente, segura, competitiva y socialmente justa.

La necesidad de coordinar un Plan de Asentamientos Irregulares hacía necesario que interactuaran diversos actores, que se recogen la Figura 1.



Fuente: Comisión de Hábitat Urbano, Plan de Asentamientos Irregulares, octubre 2012.

Atendiendo al conocimiento que había de los diversos colectivos, sus necesidades y las posibilidades de actuación se definieron, de manera general, tres tipologías bastante coincidentes con las que ya trabajaban SIS y SASPI:

1. Itinerantes (galaicoportugueses).
2. Rumanos.
3. Otras nacionalidades (mayoritariamente subsaharianos).

El abordaje de cada uno de estos colectivos requería atenciones diferenciadas, dado que concurrían circunstancias que requerían cuidados específicos. Por ejemplo, la presencia de menores en los núcleos familiares de itinerantes y rumanos y la situación de irregularidad administrativa de la mayor parte de los subsaharianos.

La propuesta de medidas para la implementación del Plan de Asentamientos Irregulares fue principalmente la creación de la OPAI para definir las medidas y acciones específicas, además de asegurar su implementación, priorizando y asegurando su seguimiento con indicadores adecuados, calendario y presupuesto asignado.

2.1. Definición y características de los asentamientos irregulares o establecimientos informales

Un asentamiento irregular o infravivienda es un lugar donde se establece una persona o una comunidad que está fuera de las normas establecidas por las autoridades encargadas del ordenamiento urbano. Los asientos pueden categorizarse de diversas formas, ya sea por su tamaño, su tipo de actividad productiva o sus características geoadministrativas: ciudades, colonias, municipios, pueblos, subdivisiones, villas, etc. Pueden existir varios tipos de asentamientos de acuerdo con las diferentes leyes de ordenamiento territorial y podemos dividirlos en:

- Asientos formales o regulares.
- Asentamientos informales o irregulares.

Un establecimiento formal o asentamiento regular forma parte del esquema del planteamiento territorial de una ciudad. Un asentamiento irregular está fuera del esquema de planificación urbana o territorial. El asentamiento irregular o informal es un lugar donde se establece un conjunto de personas, grupo humano, o comunidad, que está fuera del margen de los reglamentos que rigen el uso y ordenación territorial que establecen las autoridades encargadas del ordenamiento urbano.

Desde el equipo de detección del Servicio de Inserción Social se ha definido el asentamiento como el agrupamiento en un espacio amplio de un conjunto numeroso de personas que constituye un sistema de vida comunitaria más o menos organizada en función de los lazos de parentesco y/o afinidades de sus integrantes.

Sin embargo, recientemente el ayuntamiento considera asentamiento como aquel espacio (no calle, parque, plaza, pasaje, etc.), nave industrial o solar, de titularidad pública o privada, con estructuras precarias y no preparadas en su origen para residir, que se mantiene ocupado en el tiempo como residencia continuada por una persona o por un colectivo. Aparte del uso de vivienda, se da actividad (almacenamiento, selección, compraventa, etc.) alrededor de desechos diversos (chatarra, papel y cartón, electrodomésticos, etc.). Esta definición basada en el tipo de espacio unido a la residencia continuada no resulta suficientemente inclusiva para abarcar las diferentes situaciones que se observan alrededor de los asentamientos. Es por ello que hay que ampliar el marco de definición incorporando las dinámicas de asentamientos en el espacio público. Así, se incluyen otras infraviviendas con dinámica de asentamiento y las dinámicas de asentamiento en el espacio público. Se considera que una infravivienda (locales ocupados, edificios, espacio público) tiene dinámica de asentamiento cuando conserva las características que se dan en los asentamientos irregulares en naves y solares: establecimiento espontáneo de un grupo de personas o colectivo en espacios no destinados a vivienda en la planificación urbana y/o territorial, instalación de estructuras precarias en condiciones deficitarias para vivir y pernoctar, y como espacio donde el grupo de personas se organiza para hacer frente a las propias necesidades, a través de actividades de subsistencia —recogida, manipulación y venta de chatarra, cartón, mendigar, etc.— (Generalitat de Catalunya, 2020).

Los establecimientos irregulares en general son densos asentamientos que abarcan a comunidades o individuos, albergadas en viviendas autoconstruidas bajo deficientes condiciones de vida. Toman forma de establecimientos espontáneos sin reconocimiento ni derechos legales, expandiendo los bordes de las ciudades en terrenos marginados que están dentro de los límites de las zonas urbanas.

Son característicos de los países en vías de desarrollo. En países desarrollados se encuentran en zonas con altos índices de pobreza, en territorios habitados por comunidades de inmigrantes o minorías étnicas, y en territorios en vías de planificación urbanística o de reordenación. Típicamente son el producto de una necesidad urgente de obtención de vivienda de las comunidades urbanas con escasos recursos económicos. Como tales, se caracterizan por ciertas condiciones:

1. Una densa proliferación de viviendas elaboradas con diversos materiales reciclados.
2. Degradación ambiental causada en el ecosistema local.
3. Severos problemas sociales.

Se generan cuando la Administración y las autoridades de desarrollo urbano no pueden tratar las necesidades de una determinada comunidad o

cuando grupos de personas necesitan un lugar donde vivir, pero no disponen de los recursos económicos necesarios para poder adquirir una vivienda regular. Estas áreas de asentamiento se caracterizan por poseer un nivel muy rápido de crecimiento, no estructurado y no planeado. A escala global, los asentamientos irregulares son un problema significativo, especialmente en los países del Tercer Mundo. Dentro de estos asentamientos es fácil la formación de grupos de afines, y a menudo sirven como escondites de bandas de delincuentes. Los robos, hurtos y violencia de todo tipo se dan más a menudo en estos lugares por la marginalidad en la que viven. El consumo y venta de drogas tienen en estos lugares su epicentro.

Un informe de la comisión de la seguridad social de las Naciones Unidas de 1986 indicó que entre un 30 % y un 60 % de los residentes de las ciudades más grandes de los países subdesarrollados viven en asentamientos irregulares.

Normalmente los asentamientos irregulares tienen una estructura organizacional definida, que es encabezada por los líderes comunitarios. Esta organización es una respuesta de protección ante las presiones de las autoridades locales, que generalmente trabajan para desalojar estos asentamientos. La organización de un asentamiento irregular se lleva a cabo mediante la generación de una relación de solidaridad entre sus vecinos (Barry y Mayson, 2000).

Los establecimientos irregulares son sistemas sociales dinámicos complejos que experimentan un cambio continuo. Al ocupar la tierra irregularmente, los residentes están a menudo preparados para evadir la ley con la esperanza de mejorar su posición económica. Típicamente, la dinámica política y social interna se caracteriza por la solidaridad y/o la confrontación. Sin embargo, el conflicto interno es inherente a la relación de la comunidad y los agentes externos, como las autoridades y los residentes circundantes. Las autoridades, en general, adoptan una actitud pasiva respecto a estas zonas degradadas, interviniendo solo cuando su crecimiento genera inquietud social, desórdenes, disturbios o crimen organizado. La disparidad visible entre los asentamientos irregulares y las áreas circundantes puede llevar a tensiones sociales y generar dificultades entre la población residente y los responsables políticos.

Los mecanismos de solidaridad entre los diferentes grupos y personas que conforman los asentamientos se activa durante las negociaciones con las autoridades, pero las disputas internas son frecuentes durante la implementación de los programas de reordenación emprendidos por las autoridades (realojos, ayudas institucionales, etc.) siendo, sin embargo, también frecuentes las disputas internas por el control de los mejores accesos y parcelas y otros de carácter territorial, étnico, de afinidad de grupo o personal (Barry y Mayson, 2000).

Para un agente externo, es muy difícil intervenir en los establecimientos irregulares con los objetivos de mejorarlos o procurar que las condiciones físicas e higiénicas mejoren y la justicia social prevalezcan. Las relaciones con las autoridades tienden a ser irregulares y tienden a procurarse ayuda institucional inmediata sin contraprestación. Debido a ello, es difícil que las instituciones formales de ordenamiento territorial puedan hacer repartos equitativos.

Debido a la complejidad de esta situación (diversidad de integrantes y de intereses, formas diversas de procurarse la subsistencia, competencia territorial, etc.), muchos proyectos de mejoras no logran alcanzar los resultados deseados por las autoridades. En particular, muchos observadores critican proyectos que entregan arrendamientos individuales, especialmente propiedad libre de impuestos. Sin embargo, también existen problemas asociados con el uso de formas comunales de arrendamiento (Fourie, 1993), ya que estas soluciones no se ajustan por igual a todos los integrantes de los asentamientos.

El trazo de un asentamiento informal en general es de forma irregular. Normalmente este tipo de asentamientos no disponen en un inicio de una mínima infraestructura: agua potable, drenaje, electricidad o teléfono. Frecuentemente se localizan en zonas de riesgo y sujetos a la degradación ambiental. Se complica la implementación de los servicios básicos por su falta de planificación y diseño urbano, además de por su acelerado crecimiento. De esta forma, los habitantes de los asentamientos irregulares tienen más riesgos de contraer enfermedades debido a sus niveles de pobreza y la influencia negativa del entorno donde residen. Con el transcurso del tiempo el emplazamiento se va dotando de unos servicios mínimos mediante la autoconstrucción, la cooperación comunitaria y el aprovechamiento ilícito de redes comunitarias de abastecimiento.

Los residentes se encuentran en un estado permanente de inseguridad legal y precariedad, ya que viven en terrenos sin el consentimiento de sus propietarios, y están sujetos a amenazas de desalojo y a la negación de servicios vitales como agua potable, recogida de basuras, drenaje pluvial, pavimentación de calles e iluminación, entre otros. Igualmente, sus habitantes no tienen suficiente instrucción y, por tanto, no es común que desarrollen actividades económicas formales, viéndose abocados a formas de obtención de ingresos irregulares y/o ilegales.

Pese a que los asentamientos irregulares parecen tener un origen espontáneo, lejos de serlo obedecen a una lógica de producción de suelo para los pobres. No son espontáneos en su aparición, ya que tardan años en consolidarse, ni en su empleo, ya que en la inmensa mayoría de casos responden a una lógica propia de organización y distribución del espacio.

3. La intervención en el espacio público

El Ayuntamiento de Barcelona crea en la década de los noventa del siglo XX el Servicio de Inserción (SIS). Estos equipos de proximidad atienden a personas y familias que se encuentren en situación de desarraigo social. Siguiendo la tipología ETHOS³, las personas objeto de atención se encuentran en la categoría de sin techo (personas viviendo en situación de calle y personas que pasan la noche en albergues para personas sin techo) y vivienda inadecuada (personas que viven en estructuras no convencionales y temporales y en viviendas insalubres). Los equipos de detección de medio abierto actúan en todos los barrios de la ciudad.

El servicio está organizado a través de varios equipos profesionales: medio abierto, equipos de primera acogida y tratamiento que están formados por trabajadores/as sociales, educadores/as sociales y psicólogos/as. Su intervención se orienta a los aspectos relacionados con la mejora de hábitos, la información, orientación y seguimiento de los diversos aspectos relacionados con las dificultades de las personas sin hogar de la ciudad. Los profesionales vinculan a estas personas a los servicios adecuados y realizan un seguimiento de su proceso de inserción. Y los equipos de tratamiento son los responsables de facilitar el desarrollo de los procesos personales de inserción y rehabilitación de las personas atendidas desde un modelo proactivo.

Desde el SIS se despliegan dos ejes de intervención: la detección y seguimiento social de las personas que se encuentran en situación de calle y la gestión del impacto en el espacio público. Desde este servicio se gestionan las quejas de vecinos referidas a las dinámicas de las personas en el espacio público, se coordina de forma continuada con los servicios de seguridad (Guardia Urbana y Mossos d'Esquadra), así como también servicios de tipo sanitario (entre los que se encuentran el equipo especializado en salud mental para personas sin techo) y social (el Centro de Urgencias y Emergencias Sociales de Barcelona).

Su metodología de intervención se basa en un modelo proactivo caracterizado por las prospecciones que realizan en diferentes franjas horarias (mañana y noche) y la coordinación con diferentes agentes del territorio (Guardia Urbana, servicios técnicos, asociaciones de vecinos y comerciantes, etc.). También tiene la función de gestionar el impacto provocado por la presencia de personas sin techo en el espacio público y de dar respuesta a las diferentes demandas efectuadas por la ciudadanía al respecto de esta problemática.

Las bases fundamentales en la que se articulan las intervenciones sociales con personas sin hogar son la proximidad y el acompañamiento social. Roche

(2007) entiende la proximidad como una forma de intervención proactiva y construida conjuntamente con y lo más cerca posible de la persona. Es decir, desde esta mirada centrada en la persona se construye la relación de ayuda teniendo en cuenta los elementos fundamentales que están incidiendo en su proceso vital y en su entorno habitual.

La intervención de proximidad se asocia en España al trabajo de calle o del medio abierto que se aplica para trabajar diversas situaciones de dificultad en los entornos más habituales donde se encuentran las personas o grupos atendidos. Para Funes (2001), la calle se convierte en un espacio educativo donde se pueden encontrar con los iguales y pueden ejercer formas de ser propias de ellos mismos. A través de esta forma de intervención se reconocen las posibilidades educativas en el medio natural y en las personas atendidas. Esta práctica estuvo muy extendida durante la década de los ochenta vinculada a los servicios sociales de atención primaria (educadores de calle), o varias entidades que atendían a adolescentes y jóvenes en diversas situaciones de exclusión social (relacionados con temas educativos, legales, culturales o sanitarios).

La intervención con personas sin hogar incorpora esta perspectiva de proximidad aplicando la metodología socioeducativa en los procesos de acompañamiento social. Según el Diccionario de Servicios Sociales de Cataluña, "la intervención socioeducativa es la acción educativa intencional y sistemática en el ámbito social con población con necesidades específicas" (Colomer y Rustullet, 2010: 95). A través de las actuaciones se requiere por parte de los profesionales que la realizan una actitud proactiva que permita la vinculación de las personas a servicios o recursos de la XAPSLL en primer lugar, y posteriormente a otros dispositivos del sistema de bienestar.

3.1. Oficina del Plan de Asentamientos Irregulares

A partir del año 2013, se crea una oficina especializada en los asentamientos de la ciudad, la Oficina del Plan de Asentamientos Irregulares (OPAI). Con el paso del tiempo, este servicio se estructura de la forma que muestra la Figura 2.

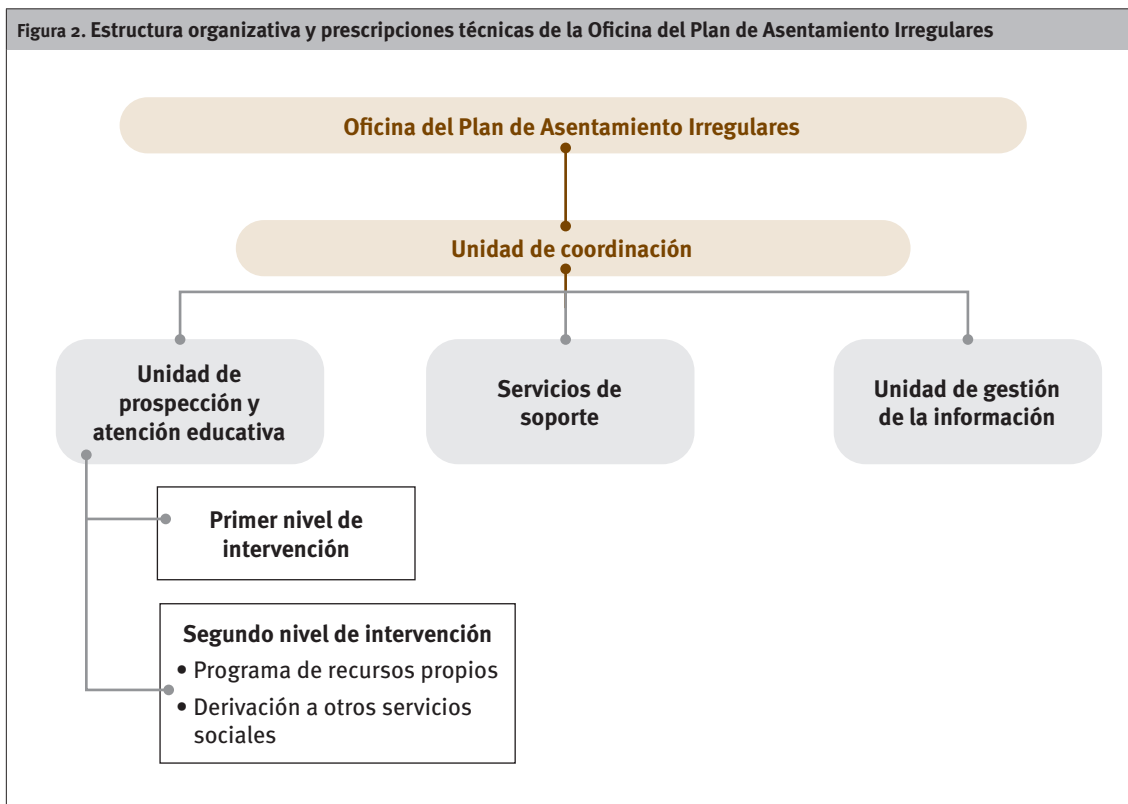
3.1.1. Unidades de atención y servicios de apoyo

El OPAI se estructura en tres unidades operativas y cuatro servicios de apoyo. Las tres unidades operativas son las siguientes:

1. La unidad de coordinación. Esta figura es la responsable de dirigir y coordinar los profesionales de la oficina y de la organización y coordinación de las actuaciones del servicio.
2. La unidad de prospección y atención educativa. Responsable de la localización, recuento, análisis y clasificación de los asentamientos; de vincular a las personas contactadas al servicio

³ El índice European Typology of Homelessness and Housing Exclusion (ETHOS) describe los diversos tipos de exclusión residencial en la que se pueden encontrar las personas y familias.

Figura 2. Estructura organizativa y prescripciones técnicas de la Oficina del Plan de Asentamiento Irregulares



Fuente: Pliego de prescripciones técnicas particulares, Ayuntamiento de Barcelona.

y de definir y hacer seguimiento del plan de trabajo socioeducativos de manera individual, desplegando los recursos y servicios necesarios para trabajar los objetivos fijados en el plan.

3. La unidad de gestión de información. Es la responsable de la gestión y mantenimiento de las bases de datos, las referentes a los asentamientos y sus dinámicas, y las referentes a las personas que integran los diferentes asentamientos. Se encarga, igualmente, de elaborar censos e informes por su contraste en los diferentes espacios de coordinación técnica.

Para complementar la actividad de la oficina se dota a esta de una serie de servicios de apoyo:

1. Servicio de interpretación: necesario cuando existe barrera idiomática que dificulta la intervención social y para la traducción de documentos.
2. Servicio de asesoramiento jurídico: encargado de aquellos trámites requeridos para regularizar la situación administrativa de las personas usuarias que no disponen de permisos de residencia y/o trabajo en España.
3. Servicio de recursos para la capacitación: conjunto de actividades formativas para aumentar la empleabilidad de las personas usuarias y posibilitar su incorporación al mercado de trabajo.
4. Servicio de desarrollo de proyectos sociales y/o acciones singulares vinculadas a la OPAI, no

definidos previamente en las funciones de las diferentes unidades del servicio.

3.1.2. Niveles de intervención del servicio

Se concretan dos niveles de intervención desarrollados por la unidad de prospección y atención socioeducativa, con la activación de los diferentes servicios de apoyo. Ambos niveles se entienden como un continuo en la estrategia global de atención socioeducativa.

Primer nivel de intervención

El objetivo es conocer cuáles son las características y realidades de los asentamientos y las necesidades, expectativas y demandas de las personas que los integran. Este primer nivel implica un conocimiento de las estructuras físicas de los asentamientos, su dibujo, las condiciones de seguridad y los riesgos que estos representan para las personas que viven allí. Igualmente, se evalúa el impacto que estos y las dinámicas asociadas tienen sobre el entorno territorial donde se ubican.

Segundo nivel de intervención

En el segundo nivel, y gracias a lo que se ha desarrollado en el primero, se diseña una intervención socioeducativa individual con cada

persona usuaria, desplegando los recursos de apoyo del OPAI necesarios y todos aquellos servicios necesarios para cubrir las necesidades vitales y otros que se valoren desde el plan de trabajo. El objetivo es vincular el máximo número de personas en planes de trabajo que permitan adquirir a la persona una autonomía económica y personal para integrarse plenamente en la comunidad.

3.1.3. Actividades del servicio

Pueden integrarse en tres grandes bloques las actividades que llevó a cabo la Oficina del Plan de Asentamientos Irregulares:

1. Observatorio. La prospección planificada de los asentamientos, la observación de las dinámicas para identificar flujos, cambios y tendencias en su composición, la evaluación del impacto en el entorno y la recopilación y sistematización de los datos para construir nuevas líneas de acción, son las misiones principales de las que se ocupa la oficina en su vertiente de observatorio. El observatorio se nutre de los datos que proporcionan la Oficina del Plan de Asentamientos Irregulares (OPAI), el Servicio de Inserción Social en el Medio Abierto (SISMO) y el Servicio de Inserción Social de Familias Rom (SISFA ROM).
2. Intervención social. La intervención social se centra en la adherencia de las personas a planes de trabajo socioeducativos. No obstante, también se incide sobre el entorno en que viven y se relacionan, se identifican las dinámicas sociales y las características físicas de este entorno que puedan significar un riesgo para las personas que conviven: salubridad, estructura, etc.
3. Intervención comunitaria. La intervención comunitaria se sustenta en la evaluación del impacto que los asentamientos tienen sobre el entorno comunitario de recoger la percepción del tejido social del territorio donde se inscribe el asentamiento. Todo ello con el fin de poner en marcha líneas de trabajo, en colaboración con una red de actores del territorio, para facilitar la convivencia y la cohesión social.

Aparte de las actividades principales, los servicios de apoyo trabajan de manera complementaria con la unidad de atención social, con el apoyo de traductores e intérpretes en su caso, por:

- a. el empoderamiento, adquisición de capacidades y habilidades personales para facilitar la inserción social y laboral;
- b. el asesoramiento jurídico para evaluar las posibilidades de regularización administrativa y la obtención de los permisos de residencia y trabajo en el caso de personas extranjeras extracomunitarias en situación administrativa irregular; y

- c. el desarrollo de acciones y proyectos singulares que ayuden a la comprensión del fenómeno y avanzar en la mejora de la metodología de la intervención en sus dos dimensiones: individual y comunitaria.

En enero de 2021, el equipo pasa a denominarse Servicio de Atención Social al sinhogarismo en el Espacio Público (SASSEP) y los miembros de la antigua OPAI integran al nuevo equipo con las mismas funciones que tenían los integrantes del SISMO, pero añadiendo ahora los asentamientos a la observación y atención de las personas que pernoctan en el espacio público. El Servicio de Inserción social de Familias Rom (SISFA ROM) ahora es denominado Servicio de Inserción Social de Familias con Menores a Cargo (SISFAM). El nuevo servicio distribuye el conjunto de su personal y sus recursos personales entre los diferentes territorios de la ciudad (diez distritos) creando equipos de seis profesionales que intervienen sobre el conjunto del fenómeno, sea cual sea su patrón de estancia y pernocta, integrando los asentamientos en las dinámicas de atención individual y colectiva. Además, se dota al servicio de una oficina técnica, a modo de observatorio, encargada del análisis de los datos que genera la actividad de los diferentes equipos territoriales y de la emisión de informes territoriales y generales sobre la evolución e impacto del sinhogarismo.

4. Objetivo y metodología

El objetivo de esta investigación es analizar la intervención profesional realizada en los asentamientos de la ciudad de Barcelona. A través de este objetivo principal se pretenden conocer los principales retos que se plantean a las políticas públicas en la gestión del espacio público. Para dar respuesta a estos objetivos hemos optado por una perspectiva cualitativa, de carácter exploratorio y descriptivo, que quiere facilitar la comprensión del fenómeno estudiado.

La técnica utilizada para la recogida de la información fueron las entrevistas en profundidad. Hemos trabajado con fuentes primarias, ya que se ha obtenido la información a partir de las entrevistas realizadas a los profesionales participantes.

4.1. Muestra

El método de muestreo utilizado es no probabilístico e intencional, ya que los profesionales entrevistados han sido seleccionados por los investigadores y posteriormente invitados a participar por los directores del área vinculada al Ayuntamiento de Barcelona. La muestra está constituida por seis técnicos del OPAI que realizan funciones diversas: directora del servicio, profesionales de los equipos de prospección y atención y la abogada.

También se ha entrevistado a la directora de SISFAM y la directora del SIS (por su trayectoria en los asentamientos en la ciudad). En total se han realizado ocho entrevistas.

4.2. Técnicas de recogida de información

El instrumento de recogida de información ha sido la entrevista semiestructurada. A través de esta técnica o estrategia de conversación, el investigador puede adentrarse en el universo subjetivo de las experiencias desde el punto de vista de los otros (Taylor y Bogdan, 1996). Se ha diseñado un guion que ha estructurado la entrevista en cuatro ejes fundamentales: el servicio de atención, las personas atendidas, el trabajo realizado por los profesionales y los principales retos de las políticas públicas en el espacio público. Las entrevistas a los profesionales fueron realizadas en los espacios cedidos por las entidades y su duración fue de una hora.

4.3. El trabajo de campo

Los primeros encuentros con el equipo de investigación se inician en el mes de noviembre de 2018. Durante el año 2019, se realizaron reuniones con los responsables y directores de los servicios participantes para dar cuenta del proyecto, de sus objetivos y obtener su colaboración para programar las entrevistas a los profesionales.

Durante el mes de abril, se iniciaron las entrevistas con el SIS y posteriormente al OPAI y el SISFAM. El trabajo de campo se finalizó en el mes de julio de 2019.

4.4. Análisis de la información y consideraciones éticas

El análisis de los contenidos se ha realizado sobre la base de tres categorías:

1. El servicio de atención.
2. El trabajo de los profesionales.
3. Las políticas desarrolladas en el espacio público.

Las categorías planteadas en la dimensión del servicio abordan aspectos relativos a su finalidad, organización y recursos. Las planteadas a los profesionales sociales introducen elementos de la relación de acompañamiento e instrumentos eficaces que lo facilitan. Y, finalmente, en la dimensión de las políticas sociales se plantean los principales retos para abordar el fenómeno de los asentamientos en la ciudad de Barcelona.

La presentación de los resultados sobre la base de estas categorías sigue la propuesta de análisis a partir de los relatos de los profesionales participantes en el trabajo de campo.

El estudio ha tenido en cuenta las consideraciones éticas señaladas en la Declaración de Helsinki de la Asociación Mundial Médica de 2013, posteriormente ampliada en la Declaración de Taipei de 2016. Por ello, se cuenta con el consentimiento informado de cada una de las personas participantes las cuales han prestado su testimonio con total conocimiento de causa y voluntad. Para preservar la confidencialidad de los datos, se han codificados las entrevistas con la siguiente pauta de numeración: E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7 y E8.

5. Análisis y discusión

5.1. El servicio de atención

La definición de los asentamientos ha ido cambiando en relación con las transformaciones sociales y económicas vigentes en nuestras sociedades. En la actualidad, estos espacios informales son verdaderos observatorios de las desigualdades sociales (Delgado y Malet, 2007).

Un asentamiento es cualquier establecimiento humano que se dé en un espacio que no esté diseñado para ser una vivienda que no reúna las condiciones ni de habitabilidad ni accesibilidad y que tenga una permanencia en el espacio y con unas dinámicas particulares. Para mí los asentamientos siempre están vinculados con la vulnerabilidad social. (E6)

Es como un pueblo, como un pequeño pueblo. En general muchos asentamientos no se conocen entre ellos. Formalmente pueden ser barracas, naves industriales y bancos o locales. La mayoría son familias (se encargan de ellas el servicio de ASISPA). Estas familias tienen el espacio del asentamiento como el lugar de trabajo y de convivencia. (E2)

Es un espacio en vía pública o privada, en un solar o asentamiento, donde más de una persona se establece para hacer vida en común, comer, lavarse... y hacen pernocta en habitáculos de autoconstrucción o caravanas y camiones, todos ellos precarios. (E8)

Para atender a la diversidad de perfiles de las personas que conformaban los asentamientos de la ciudad, se creó el año 2013 un servicio específico. Los participantes en la investigación destacan que una de las principales funciones de este servicio es la localización y el conocimiento de los asentamientos a través de la tarea de prospección.

Conocer la realidad de toda la ciudad con esta información es generar conocimiento. Conocer cuál es la comunidad, qué demandas hacen, qué necesidades, qué intereses, cuál es su ciclo vital [...]. La dimensión comunitaria debe ser un elemento transversal y un pilar de la intervención; si trabajamos solo con los núcleos aislados y

no trabajamos con toda la sociedad, creo que tenemos una mirada reduccionista y que no se podrá abordar el fenómeno en su dimensión [...]. La gente nos llega de diferentes vías, cuando nosotros hacemos prospección [...] que otro servicio te derive la persona [...] o las personas de forma espontánea se presentan aquí al servicio. El procedimiento es diferente según sea la vía de entrada. (E6)

Cada mes se elabora un informe sobre todos los espacios considerados asentamientos y espacios con dinámicas de asentamientos; aquí entran muchos locales, sobre todo de entidades bancarias. (E5)

La definición de prospección, según el Diccionario Práctico de Trabajo social, es “la exploración de posibilidades futuras basada en indicios presentes. Análisis de las alternativas a las que poder enfrentarse en un futuro próxima si se mantienen las condiciones del momento actual” (Arredondo, 2010: 139). El objetivo de esta función es profundizar en el conocimiento de estos espacios para planificar y mejorar la atención de las políticas públicas dirigidas a estas poblaciones.

Los profesionales entrevistados remarcan como otras funciones importantes del servicio la tarea de información y asesoramiento a las personas y familias.

Trabajamos con población que vive en asentamientos irregulares (solares, naves industriales de entidades bancarias) con el objetivo de mejorar la situación social de la persona. (E2)

Trabajamos en tres ejes: primero los derechos, tarjeta sanitaria y empadronamiento. Después trabajamos el tema de las formaciones y de la regularización [...]. El objetivo es que terminen abandonando la situación de vivienda que tienen. No es una forma digna de vivienda. (E5)

Una de las funciones importantes que hacemos es el acompañamiento jurídico y la regularización la situación de las personas. (E4)

Estas funciones forman parte del acompañamiento socioeducativo, proactivo y de proximidad que tiene por objetivo conseguir la mejora de las personas a través de un proceso compartido y transformador de su situación (Alonso y Funes, 2009; Roche, 2007). Los profesionales destacan como principales puntos fuertes del servicio la regularización de los inmigrantes y la formación orientada a la inserción laboral.

Un punto muy favorable que tenemos desde el OPAI es que podemos regularizar a las personas que no tienen papeles. Muy pocos servicios y especialmente los que trabajan en calle no pueden conseguir esto [...]. Nosotros somos de

los pocos servicios que regularizamos a personas, aunque sea pocas personas lo podemos hacer [...]. El servicio de la abogada es fundamental para poder realizar esta actividad. [...] ¡Estas son las personas que te hacen sentir bien! (E2)

Como fortaleza sí que la parte jurídica es muy importante. La oferta de prácticas no remuneradas en empresas facilitaban la regularización de muchas personas, pero ahora eso no lo tenemos garantizado (desde hace un par de meses). Ya no es igual que antes. Al perder esta parte ya no es lo mismo, era un aspecto diferencial que como servicio podían ofrecer. Nosotros no tenemos recursos, la mayoría los piden fuera. (E3)

La regularización de los inmigrantes permite orientar la intervención hacia una verdadera ciudadanía inclusiva, consiguiendo una participación activa de las personas atendidas (Matulić, 2015). Las situaciones extremas en las que se encuentran las personas hacen necesario un trabajo intensivo con los diversos servicios de los sistemas de bienestar social.

Entre las principales limitaciones del servicio se destacan la falta de recursos propios y la necesidad de articular un verdadero trabajo en red con los servicios y agentes implicados.

Uno de los hándicaps es la población heterogénea que tenemos y la situación de vida muy extrema en la que se encuentran. Hay muchos ámbitos que se relacionan, problemas de salud, dificultad de documentación [...]. Con personas en estas situaciones las expectativas son muy bajas. (E2)

Tienen muchas necesidades que no podemos cubrir, esto hace que, con las vidas tan complicadas que llevan, los planes de trabajo que podrían ser en un año sean en tres. (E4)

El trabajo en red aportaría dar un servicio con mayor calidad y más eficiente. (E6)

Ante la complejidad de las situaciones de pobreza extrema que presentan las personas que viven en los asentamientos se hace necesaria una respuesta integral. Esta orientación la encuentran en varios documentos nacionales y europeos que indican la necesaria colaboración y coordinación general con varios departamentos para favorecer una atención global y especializada (Comisión Europea, 2013; Federación de Entidades de Apoyo a Personas sin Hogar, 2013).

Los profesionales expresan como principales retos del servicio disponer de más recursos propios para asegurar una mayor autonomía en el acompañamiento e implementar un trabajo integral y en red que favorezca los procesos de capacitación profesional y regularización administrativa de las personas atendidas.

Creo que nos deberíamos centrar más en la capacitación profesional. Porque si hacemos esta tarea podemos dar salida a la situación de *sinhogarismo*. Otro tema sería ganar autonomía. Debemos hacer muchos contactos y derivación a otros servicios. (E3)

Tenemos dificultades para afrontar los casos de manera integral porque no tenemos recursos; esto nos limita mucho, siempre tenemos que trabajar con algún otro servicio que nos tramite las ayudas [...]. También otra dificultad es el elemento cultural, no tenemos una visión intercultural. Si no hay un entendimiento no habrá una vinculación. Siempre somos nosotros interpretando lo que pensamos que quieren. (E6)

Creo que tenemos que encontrar nuevas formas de trabajar, pero no a nivel policial, sino educativo y social. Por ejemplo, nos ayudaría mucho tener más conocimiento de la población con la que trabajan, como hemos hecho en el caso de las familias rumanas. Quizá nos hace falta más formación, de cómo trabajar y cómo colaborar entre los servicios. (E1)

5.2. El trabajo de los profesionales

Los relatos de los profesionales nos indican que el primer nivel de intervención en los asentamientos se inicia con la detección. Según Maya (2008), a través de esta acción se realiza una primera aproximación al conocimiento de la realidad. El objetivo de la acción durante esta fase se observar y analizar las características y realidades de los asentamientos, así como las necesidades, expectativas y demandas de las personas que los integran.

Se nutre principalmente de dos vías: la primera es la observación directa por parte del equipo. Tenemos seis educadoras/es y tenemos la ciudad dividida. Nos presentamos como servicio del ayuntamiento con el objetivo de mejorar la situación de las personas. (E2)

El primer contacto siempre lo hacemos en el asentamiento. Después hacemos una entrevista en el servicio, donde hacemos una exploración y tenemos una batería de recursos que utilizamos según las necesidades [...]. Si hay que coordinarse o vincularlo a otros servicios nos coordinamos a estos servicios. (E3)

Primero se hace una observación no participante, [...] para prepararnos la intervención. Nos da mucha información. La primera entrevista la hacemos en el despacho, pensamos que garantizar un espacio o un contexto más favorable, más íntimo, más seguro, nos pueden explicar más su trayectoria. Siempre teniendo en cuenta que el protagonista es la persona [...]. Trabajamos desde motivarlas hasta vincularse al servicio. (E6)

Tal como podemos identificar en los relatos de los profesionales, a partir de esta primera acción se inicia un trabajo de proximidad que reconoce las posibilidades educativas en el medio natural. La proximidad se entiende como una forma de actuación proactiva y construida conjuntamente “con” y lo más “cerca posible” de la persona (Roche, 2007). Durante esta primera fase se utilizan técnicas como la observación y la entrevista, que acompañan la exploración de los problemas y demandas de las personas atendidas.

Las demandas presentadas son diversas y están vinculadas a sus expectativas, a los procesos de exclusión social y a las características culturales de las personas. En relación con los perfiles, los participantes en la investigación destacan que la mayoría son familias rumanas de los países del Este y personas solas procedentes de países no comunitarios.

Nosotros lo que hacemos es que lo contamos todo de forma muy clara desde el principio. Sobre todo los que no son comunitarios. Con estos hacemos un “baño de realidad”, pero les damos las opciones. Recogemos mucho sus expectativas, pero situamos cuál es la realidad aquí. Entre los que son comunitarios, nos encontramos perfiles nómadas, por ejemplo gitanos-rumanos. Este grupo configura casi un 80% de las personas atendidas. En este caso, hablamos de un estilo de vida. Cada dos meses se van a sus países de origen. (E3)

Va mucho por perfil. Tenemos perfiles muy variados. Una tercera parte son gitanos rumanos y básicamente el trabajo que se hace con ellos es renovación de DNI, tarjeta sanitaria... Después tenemos el perfil de los africanos (senegaleses, etc.), que les interesan las ayudas para personas sin hogar, pero también piden poder trabajar. Y un 3% son personas con problemas de drogadicción, salud mental... Y ahí tú tienes que ser más directivo. La necesidad no la verbaliza el usuario, tú la has de ir dirigiendo. (E2)

Con los subsaharianos es totalmente diferente, se han jugado la vida para llegar aquí. Vienen a integrarse, a coger el trabajo que haga falta. El acompañamiento es diferente. Es un colectivo para recibir asertivamente un acompañamiento. (E5)

Hay una casuística muy grande. Tenemos limitaciones con las personas inmigrantes; la barrera es la ley de extranjería, en estos casos llevamos años con ellos... También una de cada tres personas que se encuentran en los asentamientos son gitanos-rumanos. Para ellos su *modus vivendi* es marchar a su país, volver... (E2)

Depende de la familia; en algunas su proyecto migratorio es para ganar dinero y poder volver a su país unos años más tarde y construirse una casa. Otros, en cambio, se plantean quedarse a vivir aquí y hacer un cambio de su *modus vivendi*. (E8)

El abordaje de cada uno de estos colectivos requiere de varios tipos de acompañamiento. Por ejemplo, la presencia de menores en los núcleos familiares de itinerantes y rumanos, o la situación de irregularidad administrativa de la mayor parte de los subsaharianos implican diseñar trayectorias diferenciadas en función de sus circunstancias (López y Sáez, 2009).

Los tipos de demandas que realizan las personas se orientan a la vivienda y la inserción laboral y, en el caso de los inmigrantes, al proceso de regularización administrativa. Según De Robertis (2003) la demanda es una acción realizada por la persona con el fin de encontrar soluciones a sus dificultades. A través de esta acción se movilizan deseos y expectativas que tienen la finalidad de reducir la frustración y sufrimiento que entraña. Según Teresa Rossell (1987), para involucrar a la persona en el proceso de estudio y de ayuda hay que empezar por tratar lo que más le preocupa, lo que más le interesa y satisfacer los aspectos que considera más prioritarios, lo cual constituirá un paso, un medio, para conseguir finalidades más amplias.

Los profesionales relatan que también llegan demandas de otras personas y servicios. En estos casos hablamos de demandas indirectas.

El aviso de asentamientos puede venir de diversas vías, como por ejemplo de un vecino que puede poner un IRIS, que es como una instancia que nos avisa que allí existe un grupo de personas que nosotros no hemos detectado. O de la policía que los detecta, o de un equipo educativo, por ejemplo, el SIS que lo detecta... (E2)

En estos tipos de demandas es muy importante incorporar a los servicios y agentes implicados para trabajar de manera adecuada la derivación y posterior implicación de los profesionales en el acompañamiento (Maldonado, 2008).

En el segundo nivel de intervención se desarrolla la acción socioeducativa con las personas atendidas, desplegando los recursos de apoyo del OPAI y todos aquellos servicios necesarios para cubrir las necesidades vitales, así como otros que se valoren desde el plan de trabajo. El objetivo es vincular el máximo número de personas en planes de trabajo que les permitan adquirir una autonomía económica y personal para integrarse plenamente en la comunidad.

Los relatos de los profesionales destacan como bases fundamentales de la relación profesional la vinculación y el trabajo de acompañamiento centrado en la persona.

Saber escuchar, tienen mucha necesidad de hablar. [...] Viven en situación de mucha angustia, creada por una indiferencia y esta indiferencia genera violencia. [...] Por eso, es muy importante la contención emocional que pasa por el reconocimiento del sentimiento. (E5)

Para trabajar el vínculo, lo que aplicamos mucho nosotros es la transparencia en la información. Esto evita situaciones de malentendidos y al otro le da confianza en la relación. Lo que es más complicado para trabajar el vínculo son las barreras institucionales. Por ejemplo, cuando tenemos un desalojo de un asentamiento. O situaciones que nos hacen recoger datos que no benefician a las personas. También entre las dificultades estarían las situaciones donde trabajamos con barreras de la ley de extranjería. (E3)

Hacerles saber que se les escuchará y les ayudará en la medida de lo posible. Son familias que vienen con una mochila de rechazo, que han sufrido rechazo en toda su trayectoria migratoria y a menudo en su llegada a la ciudad; por tanto, una buena acogida es clave para que se sientan respetadas y valoren el cumplimiento del plan de trabajo. (E8)

Construir la relación en clave de acompañamiento social supone generar una vinculación centrada en la comprensión y en la confianza. Estamos ante personas que han tenido varias pérdidas y que se encuentran en una situación de fuerte impacto emocional (Matulić, 2015). El reconocimiento del otro genera el vínculo necesario que hará posible la transformación hacia el cambio (Howe, 1997).

Las personas son siempre el sujeto. Ellos nos dicen: “¿Tú me puedes ayudar?”, y yo les digo: “No, yo no te voy a ayudar, tú decides qué vas a hacer con tu vida. Tú eres el actor: sujeto y objeto. (E2)

El marco teórico que tiene todo el equipo, todo el mundo tiene claro que el protagonista que debe cumplir un plan de trabajo es el usuario, que es él quien tiene que dirigir su vida; el asistencialismo y el paternalismo lo dejamos siempre fuera. (E6)

Uno de nuestros objetivos es acompañar para empoderar al usuario para que *a posteriori* pueda hacer las gestiones de manera autónoma. (E8)

Poner a la persona en el centro del acompañamiento implica fomentar su autonomía. A través del plan de trabajo compartido se logra la participación activa de las personas en sus procesos y se construye una ciudadanía inclusiva basada en el reconocimiento de los derechos. Como nos recuerda Adela Cortina (1997), todo proceso de acompañamiento social debe tener como uno de sus objetivos principales la promoción del ejercicio de una plena ciudadanía social.

El acompañamiento incluye también el trabajo con la comunidad, que se orienta a la sensibilización e información a los vecinos y vecinas de los barrios donde se encuentran los asentamientos.

Todas estas ocupaciones están generando un impacto en la comunidad, los vecinos y las vecinas se posicionan. Tenemos que trabajar esto. [...] Intentamos identificar líderes comunitarios y equipamientos que estén próximos, establecemos una relación para ver si serán aliados o no. (E6)

Por la parte comunitaria no dedican mucho tiempo. Siempre hemos tenido dificultades a nivel político. Este tema es sensible y no gusta que lo impulsamos mucho. Sí que trabajamos en esta parte cuando hay problemas de convivencia. Nuestro trabajo es reactivo, no la organizamos. Hacemos una importante labor de sensibilización e información. (E3)

Tal y como nos indican las entrevistas, uno de los objetivos del trabajo con la comunidad es abordar las situaciones de conflicto para evitar problemas de convivencia (Morata, 2009). A través de la tarea de prospección, los profesionales evalúan el impacto que puede tener el asentamiento en el entorno comunitario, generando vínculos con el tejido social para facilitar la convivencia y la cohesión social. Este trabajo favorece los procesos de inclusión social de las personas acompañadas y genera sinergias entre todos los actores implicados (Subirats, 2010).

Se hace contención con la comunidad vecinal, se recoge los malestares y se da respuesta a los IRIS de la ciudadanía. El malestar de la comunidad se transmite a las familias para que puedan mejorar y rectificar actos incívicos y puedan así favorecer la convivencia con el resto del vecindario que vive cerca. Generalmente lo reciben bien, porque las familias saben que les conviene tener buena relación con el resto de la comunidad. (E8)

La complejidad de las situaciones que presentan las personas hace necesario un trabajo conjunto entre servicios y agentes implicados. Las entrevistas destacan la importancia de la vinculación con servicios de información y asesoramiento jurídico, de salud o de servicios sociales.

Trabajamos mucho con los CAPS, oficinas de atención al ciudadano, con la abogada del servicio, consulados, con el SOC, con albergues, comedores sociales, Cáritas [...]. (E2)

Mis coordinaciones son con los juzgados, la Policía Nacional y los Mossos. Gestión de acompañamiento jurídico a los juicios, no hacemos representación. (E4)

Varios autores destacan la importancia de establecer canales de comunicación y sistemas de coordinación eficaces para atender de forma más efectiva las situaciones complejas que presentan las personas en procesos de exclusión social (Martínez; Mira-Perceval; Redero, 1996).

Entre las limitaciones más importantes, se destacan las barreras legales que dificultan el

acompañamiento de las personas inmigradas, las dificultades de coordinación entre los servicios implicados y la carga de trabajo de los profesionales.

La situación de la sociedad actual y de las leyes, el tema de regularización de papeles que tú quieres garantizar [...] frustra mucho e imposibilita procesos de éxito. (E5)

Hay tres servicios que son complementarios; serían el SIS, el SISFA ROM y el OPAI. Necesitamos estar en continua comunicación. (E5)

En los espacios de los asentamientos en el espacio público comenzaron a hacer un trabajo conjunto (SIS/asentamientos), un protocolo del OPAI y nosotros. Fue complicado encontrar el encaje y qué función tenía que hacer cada uno y qué hacer [...]. Veremos cómo iremos encajando el trabajo nuestro con el OPAI. [...] Los asentamientos en el espacio público también deben regular y ver cómo lo trabajamos. (E1)

Tener protocolos en la relación con los otros servicios nos ayudaría mucho. Sería lo que nos facilitaría más nuestra labor. También el hecho de que nosotros somos un servicio nuevo, este instrumento nos ayudaría a ahorrarnos la tarea de explicación de lo que somos y qué hacemos. (E3)

Mucho trabajo para los profesionales que somos. No damos abasto. La parte positiva es que somos un equipo muy cohesionado y estamos muy motivados. No llegamos a todos. (E2)

Finalmente, los participantes destacan como principales retos en la atención social incrementar la formación de los profesionales para atender de una manera más holística e integral, incorporar la visión intercultural en la atención y sistematizar la práctica profesional.

Creo que tenemos que encontrar nuevas formas de trabajar, pero no a nivel policial, sino educativo y social. Por ejemplo, nos ayudaría mucho tener más conocimiento de la población con la que trabajan, como hemos hecho en el caso de las familias rumanas. Quizá nos hace falta más formación de cómo trabajar y cómo colaborar entre los servicios. (E5)

Tenemos dificultades para afrontar los casos de manera integral porque no tenemos recursos, esto limita mucho, siempre tenemos que trabajar con algún otro servicio que nos tramite las ayudas [...]. También otra dificultad es el elemento cultural; no tenemos una visión intercultural. Si no hay un entendimiento no habrá una vinculación. Siempre somos nosotros interpretando lo que pensamos que quieren. (E6)

Si se pudiera hacer un proyecto donde se pudieran hacer planes de trabajo muy individualizados y muy adecuados a cada persona, su formación, su trayectoria previa, y si

se les pudiera asegurar un mínimo de estabilidad en la vivienda y en la manutención, posiblemente tendríamos otra posibilidad. (E4)

5.3. Las políticas desarrolladas en el espacio público

El desarrollo de los asentamientos en la ciudad ha generado la articulación de políticas públicas orientadas a la atención y control de las poblaciones excluidas. La percepción de peligrosidad vigente en el imaginario colectivo legitima la articulación de políticas de control sobre estas poblaciones (Cabrera, 2008; Ferreres y Fernández, 2014; Palleres, 2004).

Los participantes en la investigación afirman que estamos ante un fenómeno que continuará evolucionando y en el que se necesitan nuevas miradas y acciones. La complejidad de situaciones que presentan las personas que se encuentran en situación de exclusión social hace necesaria la articulación de políticas públicas que puedan acompañar estos procesos desde una perspectiva transversal y estratégica, que incluya nuevos enfoques centrados en las causas y en la corresponsabilidad entre Administraciones, agentes sociales y tejido social (Subirats; Afama; Obrador, 2009).

La parte logística es incuestionable. Barcelona va creciendo y cada vez habrá menos solares abandonados. No creo que esta realidad desaparezca, sí que seguramente evolucionará [...]. El perfil yo creo que se irá manteniendo, seguirá habiendo gitanos-rumanos, y marroquíes porque están cerca y siempre han estado muy presentes en Barcelona [...] y creo que africanos ha bajado. (E2)

Es difícil de prever, pero nadie ha venido a analizar, como hacéis vosotros, cuáles son las raíces de la situación. Todo lo que sale son ofertas o recursos para atender las necesidades que vamos teniendo. Pero si nadie analiza cuáles son las causas... (E3)

El abordaje debería ser más holístico, tanto a nivel de servicios como de recursos y profesionales. Una estrategia de ciudad. (E6)

Las limitaciones legislativas en materia de inmigración y la falta de políticas de vivienda dificultan el trabajo de atención a las personas más vulnerables desde los servicios sociales (Trilla y Vilanova, 2017).

La situación de la sociedad actual y de las leyes, el tema de regularización de papeles que tú quieres garantizar [...] frustra mucho e imposibilita procesos de éxito. (E5)

Vivienda no solo para este servicio, debería ser algo más general. Es el principal problema. (E4)

Para mí sería muy importante la creación de una estructura más integral. También es importante no ver a la persona que está en un asentamiento y darle de comer, sino ver qué posibilidades o herramientas podemos dar a las personas para que ellas mismas lo consiguen. Por ejemplo, el modelo Housing First es un buen ejemplo de lo que estamos hablando. (E3)

Los profesionales afirman que la complejidad de las situaciones que se atienden necesita de nuevas metodologías de intervención en la calle. Desde esta perspectiva, se debería profundizar en los diversos perfiles desde un enfoque intercultural y comunitario que incorpore un trabajo en red entre todos los servicios implicados.

Tenemos perfiles cada vez más complicados, es un riesgo pero también es un reto. (E6)

Hay que enmarcar en un marco teórico; las cosas que hacemos las tenemos que poder justificar desde una metodología, desde un objetivo claro. Debemos reflexionar, planificar, debemos evaluar para poder rediseñar. (E6)

Si se cambia la intervención y se hace un trabajo coordinado podemos ir avanzando; si no, podrá ser un polvorín. (E1)

Intentaría mejor la coordinación a nivel de intervención de calle. (E5)

Hay que incluir la perspectiva comunitaria y la intercultural. (E6)

6. Conclusiones

Los cambios sociales y económicos presentes en nuestras sociedades están impactando de forma directa en las personas más vulnerables. La presencia de asentamientos en la ciudad de Barcelona es una muestra de cómo las desigualdades pueden incidir de manera punzante en determinados grupos sociales, generando situaciones de precariedad extremas.

La Administración Pública, como encargada de la regulación y control del espacio público, ha articulado diversas formas de atención en los últimos años. En 2013, desde el Ayuntamiento de Barcelona se planteó la creación de un plan para atender las diversas situaciones que presentaban los asentamientos de la ciudad (grupos itinerantes, personas procedentes de etnias y países extracomunitarios, entre otros), esta propuesta significó un paso importante en el diseño de un modelo integral hacia los grupos más vulnerables de la ciudad. A través de este plan se consensuó la definición de asentamientos y se planteó la creación de una oficina especializada (OPAI) para atender estas situaciones de extrema vulnerabilidad. La configuración de estos espacios de convivencia

(formales e informales) ha ido cambiando a lo largo del tiempo, representando un verdadero observatorio de las desigualdades sociales en la ciudad. Siguiendo la tipología ETHOS, las personas objeto de atención del OPAl se encuentran en una situación de exclusión residencial en las categorías vinculadas a sin techo y viviendas inadecuadas.

Los resultados de la investigación nos indican que en estos últimos años se ha constatado que hay una serie de colectivos a los que los recursos actuales de la red de atención a las personas sin hogar dan una respuesta parcial. Es lo que podríamos llamar “no insertables”, personas que por causas diversas no alcanzarán un grado de autonomía personal y económica y que, carentes de apoyos familiares, requerirán de una asistencia continuada. Al igual que en otros servicios y equipamientos de la red municipal de atención a personas sin techo, los técnicos del OPAl constatan esta realidad e identifican dos subgrupos de personas con serias dificultades a la hora del abordaje integral de su situación:

1. Personas refractarias a la atención social, con larga trayectoria de vida en la calle, con dificultades de adaptación y problemas asociados no resueltos que les impiden adaptarse a los diferentes equipamientos de atención social de los que dispone la red. Rechazan cualquier intervención porque no están dispuestos a adquirir los compromisos implícitos en el plan de trabajo, mientras que los que en un principio se muestran permeables a los acuerdos son incapaces de cumplirlos, autoexcluyéndose de esta manera de la atención que se les ofrece. Su relación con los servicios se caracteriza por la falta de adherencia y de continuidad, los abandonos constantes por incumplimientos reiterados de la normativa mínima de convivencia y la incapacidad para seguir los acuerdos y las acciones pactadas en los planes de trabajo, con reingresos regulares en cortos períodos de tiempo.
2. Personas sin otras alternativas que, a pesar de ser susceptibles de atención por parte de otros sistemas de protección, no pueden acceder por falta de capacidad o por no reunir todas las características que hacen posible el acceso. También enfermos convalecientes que no tienen alternativas de alojamiento en tanto dure el proceso de convalecencia, o enfermos crónicos sin apoyo que requieren de atención sociosanitaria continuada. En resumen, un conjunto de personas que, una vez finalizadas todas las acciones posibles, no se encuentran en situación de vivir sin apoyo social, bien por razones de edad, de incapacidad personal y/o física, etc.

Uno de los colectivos más problemáticos para garantizar una atención continuada con garantías de éxito e integración es el colectivo de extranjeros no comunitarios que, sin permisos de residencia,

quedan excluidos del mercado de trabajo y sin posibilidades de percibir subsidios sociales. En estos casos, el retorno al lugar de origen es el principal objetivo. Pero este retorno es, en la mayor parte de casos, rechazado sistemáticamente. El escaso o nulo desarrollo de sistemas de protección social en sus países de origen, hace que prefieran continuar en nuestro país. Aunque sus condiciones de vida son precarias y se caracterizan por muchas y diversas carencias, son preferibles a las condiciones de sus países de origen. El problema con este colectivo es la situación administrativa al que está sometido. Si bien la ley de extranjería prevé la expulsión y retorno de los inmigrantes sin regularizar, esta medida se aplica en contadas ocasiones. Así, las personas sin permisos de residencia y trabajo no son devueltas a sus países de origen, pero tampoco pueden vivir en condiciones de igualdad en España. Aún peor, no se pueden garantizar la subsistencia ni la autonomía personal a través de un trabajo remunerado por su condición administrativa, a la que hay que añadir los problemas sociales y personales a los que los vierte su situación administrativa que se podría definir como a una situación límbica. Además, a menudo la persistencia de esta situación agrava problemas de salud y de salud mental.

El grado de desestructuración de estas personas y sus posibilidades de adquirir una plena autonomía económica y personal no permiten una intervención integral tal y como se realiza en los recursos existentes, orientada a la salida definitiva del sistema de protección. Se debe plantear la posibilidad de una intervención asistencial, dentro de unos marcos proactivos, constituyendo el servicio más básico de atención a las personas en un estadio consolidado, con imposibilidad manifiesta de acceder a otros recursos más normativizados.

Los participantes en la investigación afirman que, ante la complejidad de las situaciones que se atienden, se necesitan implementar nuevas metodologías de intervención en el espacio público. Desde esta perspectiva, se debería profundizar en los diversos perfiles desde un enfoque intercultural y comunitario que incorpore un trabajo en red entre todos los servicios implicados. Los profesionales cuentan con un soporte formativo, pero no con una supervisión profesional. Se deberían implementar estos apoyos a los técnicos de los equipos como un instrumento de calidad en la atención social. Finalmente, los profesionales señalan como principales dificultades las cargas de trabajo y la falta de recursos propios en el servicio. Esta situación genera un sentimiento de frustración ante los casos y una situación de dependencia con otros servicios del sistema de bienestar.

Como principales fortalezas del equipo profesional se destaca la alta especialización y la experiencia de sus técnicos. Entre las tareas más importantes desarrolladas por los profesionales destacan: la transmisión de conocimiento a otros servicios de espacio público y los servicios sociales; el trabajo

comunitario y la pedagogía hacia la vecindad y actores de los diferentes territorios; la atención de proximidad y personalizada y el conocimiento de los itinerarios vitales de las personas usuarias. Y, entre las principales fortalezas del servicio, se destaca la atención jurídica propia y la articulación de procesos de capacitación, así como la posibilidad de prácticas no laborales en empresas del sector privado.

La intervención exitosa pasa por una solución residencial que, desgraciadamente, es difícil en el contexto actual. Las políticas de vivienda no dan respuesta a las usuarias del sistema de atención social al sinhogarismo y con rentas bajas: imposibilidad de acceder a viviendas de protección oficial (VPO) a través de la mesa de emergencias, inexistencia de ayudas al alquiler para personas sin vivienda, falta de pisos de emergencia social, etc. Igualmente, los servicios sociales de territorio no disponen de alternativas a los centros residenciales u otros servicios de vivienda transitoria pensados para las personas sin hogar. Esto hace que, actualmente, las atenciones se prolonguen por falta de vivienda en establecimientos como pensiones, centros residenciales, viviendas de inclusión, etc., por falta de vivienda a precios asequibles.

La consecución de vivienda de alquiler como objetivo último de la intervención es un camino lleno de dificultades entre las que destacan, sobre todo, condicionantes externos bastante conocidos: las dinámicas de oferta/demanda de los mercados de trabajo y vivienda. Dicho de otro modo, las soluciones positivas, salidas con vivienda y autonomía económica, dependen no sólo del trabajo realizado por los referentes, correferentes y el resto de operadores, también de las posibilidades de las personas para encontrar un trabajo o aumentar ingresos y poder acceder a una vivienda de alquiler. Estas posibilidades no solo dependen de los esfuerzos personales que se destinen, sino también de las capacidades reales de competencia. La escasa formación y preparación hacen que algunas personas se vean abocadas a trabajos de escasa cualificación profesional y, por tanto, con sueldos que no superan los 500 euros mensuales, o si los superan, lo hacen muy ligeramente. Si a esto le añadimos los precios de los alquileres en Barcelona y las ciudades de su área de influencia (14,1 euros/m² de media el tercer trimestre de 2020 en el municipio de Barcelona), encontramos que los ingresos pueden ser insuficientes para hacer frente al pago de un alquiler.

A estos déficits hay que añadir los problemas derivados de la conexión con el mercado de trabajo. En este campo se constata la falta de empleabilidad de determinadas personas. La falta de formación,

trayectoria laboral, dificultades administrativas (falta de permisos de residencia) y, en ocasiones, motivación explícita, aboca a parte de las personas usuarias a convertirse en trabajadoras en precario de manera endémica, que transitando del desempleo a trabajos protegidos, con la limitación que estos suponen, ya trabajos no regularizados contractualmente, que implican ingresos escasos e irregulares, lo que ayuda a consolidar situaciones de vulnerabilidad e impiden un acceso a la vivienda en condiciones óptimas para mantenerlo. Por otra parte, los problemas de falta de instrucción, el bajo dominio de la lengua en el caso de los migrantes, la falta de experiencia, una edad avanzada, la edad fértil en las mujeres, las situaciones de discapacidad parcial o enfermedades crónicas que imposibilitan realizar determinados trabajos (precisamente aquellas donde estas personas encuentran una mayor oferta), o cualquier combinación de éstos con otros elementos, terminan limitando el acceso al mercado de trabajo en unas mínimas condiciones de dignidad y estabilidad. Junto a estas situaciones objetivas, es importante remarcar la importancia de los factores relacionales. Así, las personas que han perdido referentes familiares, que no disponen de lazos sociales y vecinales y que, por tanto, viven aisladas en el núcleo familiar, o en soledad, tienen difícil su rehabilitación social, ya que no tienen en qué o en quien fundamentar su trayectoria de inclusión. En este sentido, añadiendo a este aislamiento la falta de recursos económicos y las escasas posibilidades de insertarse en el mercado de trabajo con garantías de estabilidad, el riesgo de dependencia institucional y de subsidiariedad es más que evidente. Hay que complementar los cuidados básicos y el apoyo profesional con la incidencia de las Administraciones sobre los mercados de trabajo y vivienda; de otro modo, la inclusión no puede ser satisfactoria en los casos más vulnerables.

Las propuestas de mejora en las políticas públicas se orientan a la articulación de políticas de vivienda que atiendan los diversos procesos de exclusión residencial que presentan las personas que conforman los asentamientos de la ciudad. También se hace necesario desarrollar políticas activas de formación y empleo dirigidas a los colectivos más vulnerables con mayores dificultades de inserción laboral. Ante la complejidad de situaciones que presentan las personas atendidas, los profesionales proponen mejoras en la articulación de políticas públicas que puedan acompañar estos procesos desde una perspectiva transversal y estratégica, que incluya nuevos enfoques centrados en las causas y en la corresponsabilidad entre todos los agentes implicados. La nueva reorganización del servicio tiene un hito importante y nuevos retos por delante que podrá ser valorada en los próximos años.

- ALONSO, I. y FUNES, J. (2009): “L’acompanyament social en els recursos socioeducatius”, *Revista Educació social: Revista d’intervenció socioeducativa*, p. 27-45.
- ARREDONDO, R. (2010): *Diccionario Práctico de Trabajo social*, Málaga, Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo social de Málaga.
- ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL (2013): *Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*, Helsinki, <<https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-ensereres-humanos/>>.
- (2016): *Declaración de la AMM sobre las Consideraciones Éticas de las Bases de Datos de Salud y los Biobancos*, Taipei, <<https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-la-ammsobre-las-consideraciones-eticas-de-las-bases-de-datos-de-saludy-losbiobancos/>>.
- AYUNTAMIENTO DE BARCELONA (2020): *Servei d’Inserció Social de Famílies amb Menors (SISFAM)*, <<https://ajuntament.barcelona.cat/prevencio/ca/servei-inserci%C3%B3-social-fam%C3%ADlies-rom-sisfarom>>.
- BACHILLER, S. (2009): “Significados del espacio público y exclusión de las personas sin hogar como un proceso de movilidad forzada”, *REIS. Revista española de investigación sociológica*, 128, p. 125-137.
- BARRY, M. y MAYSON D. (2000): *Característiques dels establiments irregulars en un cas de restitució de terra rural: Elandskloof, Sud-àfrica*, <<http://www.socresonline.org.uk/5/2/barry.html>>.
- BRENNER, N.; PECK, J. y THEODORE, N. (2009): “Urbanismo neoliberal: la ciudad y el imperio de los mercados”, *Sociales*, 66, Santiago de Chile.
- BUTLLETÍ OFICIAL DE LA PROVINCIA DE BARCELONA (2006): “Ordenanza de medidas para fomentar y garantizar la convivencia ciudadana en el espacio público de Barcelona”, Barcelona, BOP 20, Anexo 1, 24 de Enero.
- CABRERA, P. (1998): *Huéspedes del aire. Sociología de las personas sin hogar en Madrid*, Madrid, Universidad Pontificia de Comillas.
- (2008): “Les persones sin hogar, hoy”, *Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración*, 75, p. 51-74.
- CARR, S.F.; FRANCIS, M.; RIVLIN, L. y STONE, A. (1992): *Public space*, Cambridge University Press.
- COLOMER, R. y RUSTULLET, J. (2010): *Diccionari de Serveis Socials*, Barcelona, Generalitat de Catalunya, Departament de Benestar Social.
- COMISIÓN EUROPEA (2013): *Confronting Homelessness in the European Union Accompanying the document Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions*, serie Staff Working Documents, Bruselas, Comisión Europea.
- CORTINA, A. (1997): *Ciudadanos del mundo: hacia una teoría de la ciudadanía*. Madrid, Alianza.
- DAVIS, I. y SAFE SHELTER (1987): “Within Unsafe Cities: Disaster Vulnerability and Rapid Urbanisation”, *Open House International*, 12, 3, p. 5-15.
- DE INÉS, A.; GUZMÁN, G.; VERDAGUER, M. y CONTRERAS, M. (2019): *Diagnosi 2019. El sensellarisme a Barcelona. Evolució i joves en situació de sensellarisme*, Barcelona, Ajuntament de Barcelona, XAPSLL.
- DE ROBERTIS, C. (2003): *Fundamentos de Trabajo Social. Ética y metodología*, Valencia: Nau Libres.

- DELGADO, M. y MALET, D. (2007): "El espacio público como ideología", *Urban Doc.*, 1, Barcelona, Universitat de Barcelona, Institut Català d'Antropologia, p. 57-65.
- FEDERACIÓN DE ENTIDADES DE APOYO A PERSONAS SIN HOGAR (2013): *Documento marco de la Federación de Entidades de apoyo a las personas sin hogar* [Documento marco].
- FERRERES, S.; FERNÁNDEZ, G. (2018): "Espai públic i penalització del sensellarisme des d'un enfocament de drets humans", *Revista Barcelona i Societat*, 22, p. 51-70.
- FOURIE C.D. (1993): *Un nou acostament al sistema de l'arrendament de la terra de Zulu: Una explicació antropològica històrica del desenvolupament d'un establiment irregular*, Rhodes University, Grahamstown, Sudàfrica.
- FUNES, J. (2001): "La nova Llei penal i educativa: una lectura en clau educativa i que intenta ser il·lusonada", *Educació Social*, 18, Barcelona.
- GENERALITAT DE CATALUNYA (2020): Plec de prescripcions Tècniques del Contracte de gestió del SASSEP (Serveis d'atenció social al sensellarisme a l'espai Públic), p. 12-13, <https://contractaciopublica.gencat.cat/ecofin_pscp/AppJava/notice.pscp?reqCode=viewCn&idD oc=68718233>.
- HARVEY, D. (2003): "The righty to the city", *International Journal of Urban and Regional Research*, 27.
- HOWE, D. (1997): *La teoría del vínculo afectivo para la práctica del trabajo social*, Barcelona, Paidós.
- LEFEBVRE, H. (1969): *El derecho a la ciudad*, Madrid, Península.
- LÓPEZ, O.; SÁEZ, M. (2009): *La població RROM immigrant de Romania a Catalunya: Accés i ús dels serveis sanitaris catalans i situació de salut*, Barcelona, Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya-Universitat Autònoma de Barcelona.
- MALDONADO, J. (2008): "El abordaje profesional de la demanda: detección, enfoque y dirección", *Documentos de trabajo social: Revista de trabajo y acción social*, 43-44, p. 61-86.
- MATULIČ, M.V. (2015): Procesos de inclusión social de las personas sin hogar en la ciudad de Barcelona: relatos de vida y acompañamiento social, Universitat de Barcelona, en TDX (Tesis Doctorals en Xarxa), <http://www.tesisenred.net/handle/10803/393958>.
- MARTÍNEZ, M.; MIRA-PERCEVAL, M. y REDERO, H. (1996): "Administración social: servicios de bienestar social. Coordinación de los servicios sociales", en ALEMÁN, C. y GARCÉS FERRER, J., *Administración social: Servicios de Bienestar social*, p. 271-300.
- MAYA, E. (2008): "Objeto y modo de actuación del trabajador social". *Boletín electrónico Surá*, 154, <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/sura/sura-0154.pdf>.
- MORATA, T. (2009): "Pedagogía Social Comunitaria: un modelo de intervención socioeducativa integral", *Educación Social. Revista de Intervención Socioeducativa*, 57, p. 13-32.
- MUÑOZ, M.; VÁZQUEZ, C. y VÁZQUEZ, J.J. (2003): *Los límites de la Exclusión. Estudio sobre los factores económicos, psicosociales y de salud que afectan a las personas sin hogar en Madrid*, Madrid, Témpora y Caja Madrid.
- PALLERES, G. (2004): Derecho a la ciudad: personas sin hogar en la ciudad de Buenos Aires, Quito, Instituto de la ciudad de FLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales.
- ROCHE, P. (2007): "Les défis de la proximité dans le champ professionnel", *Nouvelle revue de psychologie*, Ramonville Saint-Agne, Erès.
- ROSSELL, T. (1987): *La entrevista en trabajo social*, Barcelona, EUGE.
- SÁNCHEZ MORALES, M.R. (2010): "Las personas sin hogar en España", *Revista Española de Sociología*, 14, p. 21-42.
- SOJA, E.W. (1996): *Thirdspace: Journeys to Los Angeles and Other Real-and-Imagined Places*, Oxford, Blackwel.
- SUBIRATS, J. (2010): "Les Polítiques socials a Catalunya: Algunes reflexions en plena transformació social". *Revista de Treball Social (RTS)*, 191, Barcelona, Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de Cataluña, p. 9-19.
- SUBIRATS, J.; ALFAMA, E. y OBRADORS, A. (2009): *Ciudadanía e inclusión social frente a las inseguridades contemporáneas. La significación del empleo*, Documentos de Trabajo. Fundación Carolina/32.
- TAPADA, T. y ARBACI, S. (2011): "Proyectos de regeneración urbana en Barcelona contra la segregación socioespacial (1986-2009): ¿solución o mito?", *ACE, Ciudad y entorno*, año 6, 17, p. 187-222.
- TAYLOR, S.J. y BOGDAN, R. (1996): *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*, Barcelona, Paidós.
- TRILLA, C. y VILANOVA, J.M. (2017): "Drets a l'habitatge i polítiques públiques", en GOMÀ, R. y SUBIRATS, J. (coords.), *Canvi d'època i de polítiques públiques a Catalunya*, p. 172.
- VELÁZQUEZ, F. (2007): *Conversaciones sobre el derecho a la ciudad*, Bogotá: Fedevivienda.

Gizarte-zerbitzuak eta gizarte-langintza: zein da zein?

Nerea Zubillaga-Herran¹

Lan Harreman eta Gizarte Langintza Fakultatea,
Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV/EHU)
nerea.zubillaga@ehu.eus

Ainhoa Berasaluze

Lan Harreman eta Gizarte Langintza Fakultatea,
Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV/EHU)
ainhoa.berasaluze@ehu.eus

Gizarte-zerbitzuak eta gizarte-langintza sarri nahasten dira, bata zein bestea era berdintsuan erabiliz eta ulertuz, biek ala biek gauza anitz partekatzen dituztelako; besteak beste, hemen identifikatutako triangelu korapilatsua. Gizarte zerbitzuen sistemaren krisiari buruz mintzo garen honetan, haren jasangarritasuna bermatzeko bidean, sistema horren garapena eta sendotzea oztopatzen edo zailtzen duten elementu korapilatsua identifikatu eta aztertu nahi izan ditugu. Objektuaren definizio eza, unibertsaltasunaren bidean egindako garapen urria, eta arreta- eta esku-hartze eredua: horiek dira triangelu korapilatsu horren hiru osagaiak. Gizarte-zerbitzuek eta gizarte-langintzak elementu horiek partekatzen dituzte, eta bakoitzaren espezifikotasunetik abiatuz egin dugu hausnarketa, Gizarte Zerbitzuen Euskal Sistemaren sendotzea helburu harturik betiere. Berrikuspen bibliografikoaren bidez, elementu horietako bakoitza deskribatu dugu lehenik eta behin, hurrengo ataletan bi eratara aztertu ahal izateko: aurrena, gizarte zerbitzuen ikuspegitik, eta, hurrena, gizarte-langintzarenetik. Ondorioei erreparatuz, ikusi dugu korapiloak partekatzea bien arteko nahasmenaren erroan egon daitekeela, eta bata zein bestea askatzea ezinbestekoa dela sistema sendotzeko.

GAKO-HITZAK:

Gizarte-zerbitzuak, gizarte-langintza, objektu zientifikoa, unibertsaltasuna, arreta-eredua, esku-hartze eredua.

Los servicios sociales y el trabajo social se mezclan a menudo, utilizando y comprendiendo uno y otro de forma similar, porque ambos comparten muchas cosas, entre otras, el complicado triángulo aquí identificado. Ahora que hablamos de la crisis del sistema de servicios sociales, en el camino de garantizar su sostenibilidad, hemos querido identificar y analizar elementos clave que obstaculizan o dificultan su desarrollo y consolidación. El complicado triángulo está formado por la indefinición del objeto, el escaso desarrollo en el camino de la universalidad y el modelo de atención e intervención. Los servicios sociales y el trabajo social comparten estos elementos y la reflexión se ha llevado a cabo desde la especificidad de cada uno de ellos, siendo el objetivo la consolidación del Sistema Vasco de Servicios Sociales. A partir de la revisión bibliográfica, en primer lugar, hemos descrito cada uno de estos elementos, para poder analizarlos en los siguientes apartados, primero desde el punto de vista de los servicios sociales y después, desde el del trabajo social. Atendiendo al análisis realizado, se concluye que compartir los nudos puede estar en la raíz de la confusión entre ambos y que la liberación de aquellos, uno y otro, puede ser el camino para la consolidación del sistema.

PALABRAS CLAVE:

Servicios sociales, trabajo social, objeto científico, universalidad, modelo de atención, modelo de intervención.

¹ Soziologia eta Gizarte Langintza Saileko doktoregaia, Eusko Jaurlaritzako doktoreurreko programako bekaduna.

1. Sarrera

“Objektua ondo definitua ez izateak umezurtz uztea dakarrenez, berebiziko garrantzia du objektua behar bezala definitzea”; “marjinalitatearekin lotzen bada, hori horrela da asistentzia sozial gisa jaio zenak ez duelako egin gizarteko kolektibo zehatz eta ahulenetatik abiatuta gizarte osoarekin lan egiteko bidea”; “burokratizazioarekin eta, batez ere, asistentzialismoarekin lotzen da; izan ere, haren jatorri asistentzialaren arrastoak bizirik dirau, eta, horren ondorioz, baliabide-eskaera binomioaren mende dagoelarik, ezin dio ihes egin kutsu asistentzial eta paternalistari”: tankera horretako esaldiak sarri entzun edo irakurtzen ditugu, baina nola jakin zeri egiten dioten erreferentzia? Gizarte-zerbitzuei edo gizarte-langintzari? Galdera horixe da, hain zuzen ere, artikuluaen abiapuntua.

Sistemaren eta diziplinaren inguruan aurkitu ditzakegun elementu horiek batari zein besteari egokitu diezazkiokegunez, bien arteko nahasmenaren isla izan daitezke. Gizarte-langintza eta gizarte-zerbitzuen arteko talka aski ezaguna da, eta gure aburuz, ez dio inongo mesederik egiten gure testuinguruan ongizatea eta justizia soziala lortzeko egin daitekeen edozein esfortzuri, ez eta gizarte-zerbitzuen sistema publikoa garatzeko eta sendotzeko prozesuari ere. Badirudi gizarte-zerbitzuak direla gizarte-langintzaren jardute eremu-bakarra eta gizarte-langileak direla gizarte-zerbitzuetan dauden profesional bakarrak; hori dela eta, bien arteko nahasmena handia da eta horrek baditu bere eraginak: batetik, gizarte-langintza baliabideen kudeaketaren funtzio asistentzial eta burokratikora mugatzen da, baliabide-eskaera binomiora; bestetik, gizarte-zerbitzuei erreparatu, prebentiboagoak eta komunitarioagoak diren beste sektore eta esku-hartzeen ikusezintasuna sustatzen du. Eta noski, anabasa horrek sistemaren eta diziplina-lanbidearen identitateari eragiten dio, bakoitzaren espezifikotasunak ahazteraino.

Gizarte-langintzaren eremuan, asko gara gizarte-zerbitzuen sistemen inguruan lan egiten dugunok, dela gizarte-zerbitzuetako gizarte-langileak garelako, dela eremu akademikotik sistema eta haren testuingurua ikertzen aritzen garelako. Hori horrela, badira urte batzuk gizarte-zerbitzuen mugen inguruan mintzo garelako, eredu agortu delako, sistemak berak dituen helburuak betetzeko ezintasuna dagoelako edo sistemaren legezko esparrua errealtatetik urrutituz geratzen delako.

2008ko krisiaz geroztik, argi ikusi dugu sistemak pobrezia- eta bazterketa egoerei aurre egiteko zailtasunak dituela, egiten diren esku-hartzeek berek ere mugak dituztelako ziur asko, gizarte-zerbitzuen alorreko esku-hartzeen ahalak erraz ahantz edo desagerraraz baitaitezke. Honenbestez, egungo ongizate-ereduaren jasangarritasuna ez dago ziurtatua. Sistemaren iraunkortasuna oztokatzen duten eta aurrez jada existitzen ziren mugak berretsi besterik ez du egiten COVID-19aren eraginez bizitzen

ari garen krisiak, eta egoera are konplexuagoa bihurtu du. Zamanillo eta Nogués (2020) aipatzen dutenez, gizarte-zerbitzuak bidegurutze batean aurkitzen dira, eta haien jasangarritasuna bermatu nahi bada, aldaketak egin beharko dira, argi geratu baita, ez daudela egungo beharizan eta konplexutasunei aurre egiteko prestatuta. Horrela, ezintasunaren aurrean, aldaketaren beharra azpimarratu nahiko genuke.

Gizarte-langintzak, bere aspektu instrumental eta teorikoetan, ekarpen handiak egin dizkio gizarte-zerbitzuen sistemari, baina, era berean, aipatzekoa da gizarte-zerbitzuek ahalbidetu dutela gizarte-langintzaren garapen profesionala. Gure kasuan, aurreko guztiarekin bat eginez, gizarte-ongizatea, kohesio zein justizia soziala bermatzeko erreminta garrantzitsutzat jotzen dugu Gizarte Zerbitzuen Euskal Sistema, eta haren egungo egoerari aurre nola egin eta hura nola eraldatu hausnartu gurako genuke, eta, gu geu gizarte-langileak izanik, aitortuko dugu hori gure diziplinaren ikuspegitik egingo dugula.

Bien arteko talka horren aurrean, gure helburua zera izan da: biak ere, izenburuan jasotzen den bezala, ezberdinak direla onartuz eta bakoitzaren espezifikotasuna aintzat hartuz aztertzea bai gizarte-zerbitzuak eta bai gizarte-langintza, eta ezberdintasun horiek aukeratzat hartzea. Horrela, Gizarte Zerbitzuen Euskal Sistemaren jasangarritasuna bermatze aldera gogoeta egingo dugu nahasmena eragiten duten eta sistemaren, diziplinaren eta lanbidearen garapena eta sendotzea mugatzen duten elementuei buruz.

Hausnarketa hori egiteko, bibliografia berrikusi dugu eta gizarte-zerbitzuek eta gizarte-langintzak partekatzen dituzten eta bataren zein bestearen garapena eta sendotzea oztokatzen duten zenbait elementu identifikatu ditugu, elementu korapilatsu gisa izendatu ditugunak. Hasierako atalean, elementu horietako bakoitza azaldu, eta gizarte-zerbitzuentzat eta gizarte-langintzarentzat zergatik diren garrantzitsu adieraziko dugu. Hori egin ondoren, elementu korapilatsu bakoitza aztertuko dugu: hirugarren atalean, gizarte-zerbitzuen ikuspuntutik, eta, laugarrenean, gizarte-langintzarenetik. Azken atalean, gure hausnarketatik ateratako ondorioak jaso, eta Gizarte Zerbitzuen Euskal Sistema sendotze aldera sortutako ideiak partekatuko ditugu.

2. Elementu korapilatsuen nondik norakoak: objektua, unibertsaltasuna eta eredu

Gizarte Zerbitzuen Euskal Sistema indartzeko bidean, gizarte-langintza eta gizarte-zerbitzuen bueltan aurkitu daitezkeen produkzioaren berrikuspenean egitean, biek partekatzen dituzten eta elkarreraginean dauden hainbat elementu identifikatu ditugu, elementu korapilatsu gisa izendatu ditugunak. Sarreran aipatu

bezala, gizarte-langintza, zeina diziplina akademiko zein lanbide izan baitaiteke, eta gizarte-zerbitzuak nahastu egiten dira sarri, batez ere gizarte-langintzak duen lanbide-izaeragatik eta gizarte-langileek gizarte-zerbitzuetan duten pisuagatik. Elementu korapilatsu horiek, baina, bientzat izan arren garrantzitsuak, bakoitzari era ezberdinean eragiten diote; horregatik, bakoitzaren espezifikotasunak aztertzen hasi baino lehen, elementuok definituko ditugu, zertaz ari garen jakiteko.

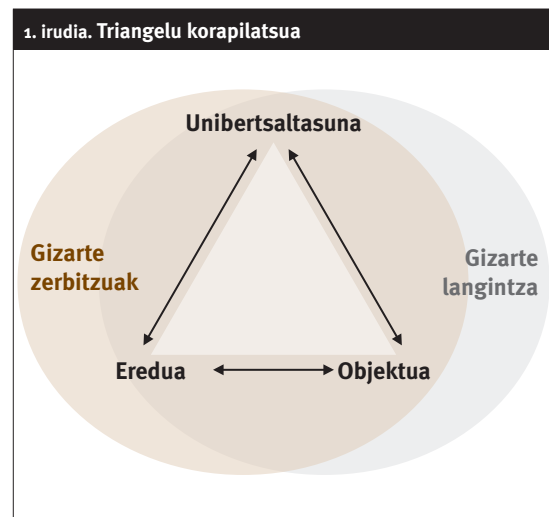
Gizarte-zientzien eta gizarte-langintzaren objektua da identifikatu dugun lehenengo elementu korapilatsua. Hiztegien arabera, zientzia batek ezagutzea edo eraldatzea helburu duen materia edo gaia da objektua. Erabilera, ordea, testuinguru askotan gauzatzen da: ezagutzaren alorrean ez ezik, baita praktikarenean edo ekintzarenean ere. Gehientsuenetan, dena den, objektua errealtate fisikotik bereizten den eraikuntza zientifiko abstraktua izan ohi da, eta ez da beraz, zentzumenean hauteman dezaketen hori, baizik eta objektu sentikorraz harago dagoen eraikuntza teorikoa. Hala ere, praktika produktibo, profesional edo sozial batetik abiatuz eraikitzen denaren kategoriari erreferentzia egiteko ere erabiltzen da, lanbide edo subjektu batek objektuaren gainean eraikitzen baitu bere identitatea. Finean, objektua diziplina edo sistema bati berriaz dagokion errealtatearen zati bat legez uler dezakegu, diziplinari ezagutza materia sortuz eta sistemari berriz, ekintza edo interes esparrua.

Gizarte-zerbitzuetan, objektuak sistemaren beraren mugak eraikitzen dituela esan dezakegu, edo, beste era batera esanda, autore askok dioten bezala, bere ekintza-eremua zehazten duela (Aguilar Hendrickson, 2014). Gizarte-langintzan, berriz, diziplinari edo, hala dagokionean, lanbideari espezifikotasuna ematen diona da, hau da, beste diziplinetatik edo lanbideetatik bereizten duena (Zamanillo, 1999).

Bigarren elementu korapilatsua, eta, hasieran aipatu bezala, aurrekoarekin oso lotuta dagoena, unibertsaltasuna da. Unibertsaltasunaz asko hitz egin izan da azken urteetan, gizarte-zerbitzuen sistemek beren barnean hartzen duten printzipio nagusietako bat baita. Horretaz gain, gizarte-langintzaren kasuan ere badu bere garrantzia, arestian txiroei eta gizarte-bazterketa egoeran dauden pertsonen laguntzeko lanbidea zen hura eraldatu egin baitzen, eta, harrezkero, gizarte-kohesioa sustatzea eta justizia soziala erdiestea helburu dituen diziplina eta lanbide izatera iristeko bidea markatu baitu. Hiztegien arabera, unibertsal hitzak orokorra, guztiekikoa adierazten du, eta lan honetan ere horrelaxe ulertzen dugu.

Azken elementu korapilatsua, ereduak, aurreko bieie estuki lotuta dago, eta bi alor hartzen ditu barnean: arreta-eredua, gizarte-zerbitzuei dagokienez; eta esku-hartze ereduak, gizarte-langintzari dagokienez. Viscarretek (2009) aipatzen duenez bititza akademiko eta profesionalean maiz erabiltzen den kontzeptua da, ezinbestekoa baita gertakariak,

fenomenoak eta egoerak deskribatu, ulertu, azaldu eta aurreikusteko. Horri zera gaineratzen dio: ikuspuntu epistemologikotik errealtatearen deskribapen edo irudikapenaren itxurako zerbait dela (gertaerak, egoerak, fenomenoak, prozesuak, egiturak eta sistemak, besteak beste), eta, oro har, teoria baten suposizio teorikoen araberrakoa dela. Ondorioz, batetik, idealizazioa eta abstrakzioa adierazten omen ditu, fenomeno bat edo sistema bat hezurmamitzeko beharrezkoak diren baldintza perfektuak adierazten dituelako, eta, bestetik, ikerketa- edo ekintza-eremu jakin baten hurbilpen eskematizatua omen da, errealtatearen aspektu edo aldagai esanguratsuenak azaltzen dituelako, hura bere osotasunean azaldu beharrean. Aurreko esanahiak ikusita, esan daiteke garrantzi handiko elementua dela bai gizarte-zerbitzuen sistemarentzat eta bai gizarte-langintzarentzat. Beraz, sistemaren markoak haren ezaugarriak markatzen eta sistemaren beraren eta diziplinaren printzipioak adierazten ditu; hots, ekiteko modua zuzentzen, gidatzen eta adierazten du.



Iturria: Egileek egin.

Elementu korapilatsua bakoitzari buruz zer ulertzen dugun argitu ondoren, haien arteko elkarreragina nabarmentzeko, triangelu korapilatsua bat osatuko dugu, zeharka eragiten diena bai gizarte-zerbitzuen sistemari eta bai gizarte-langintzari ere —diziplinari nahiz lanbideari—. Objektuak sistema bera zein diziplina definitzen dituela esan dezakegu, ekintza-eremua marrazten baitu: alegia, zertan zentratu beharra daukagun, zertan eragin behar dugun, gure misioa zein den, eta, finean, zer eraldatu nahi dugun, zer dagokigun eta zer ez adierazten du. Hori dela eta, unibertsaltasunak sekulako zeresana izan du azken hamarkadetan, modua eman baitigu diziplinaren eta sistemaren ekintza-eremua —objektuak berak definitutako eremua, alegia— hedatzeko. Bi horiek uztartze aldera, ereduak finkatu behar izan dira, batean zein bestean aldatuz joan direnak; hala, gaur egun, era askotako ereduak eragiten dugu topo —ereduok, maiz, jarduera profesionalak izaten dira—, eta, horren ondorioz, muga handiak aurkitu ohi dira

sistemak ezarritako ereduekin bat egiteko. Hortaz, esan daiteke korapilatsu gisa identifikatu ditugun elementuen arteko elkarreragina begi-bistakoa dela, eta halaxe osatzen dela hemen ikusgai dagoen triangelu korapilatsua.

Hurrengo lerroetan, beraz, elementu korapilatsu horiek azaltzen saiatuko gara, gizarte-zerbitzuetatik eta gizarte-langintzatik abiatuta, korapiloa askatzeko erabilgarriak izan daitezkeen ekarpenak berreskuratzeko eta aintzat hartzeko asmoz.

3. Korapiloak gizarte-zerbitzuetatik abiatuta aztertzen

Egun, gizarte-zerbitzuen krisialdiaz hitz egiten hasiak gara, sistemak egun duen antolaketa dela-eta eguneroko errealtateari erantzuten ote dion, hari erantzuteko gaitasunik ba ote duen, etab. Kontuak kontu, dena den, onartu beharra dago hura dela pertsonaren eta talde edo komunitateen alderdi soziala aintzat hartuz lan egiten duen babes-sistema bakarra, eta, alde horretatik, beharrezkoa da haren balioa eta garrantzia azpimarratzea.

Ongizate-estatuaren barruan kokatu izan dira orokorrean, II. Mundu Gerraren ostean sortuak baitira, baina, Espainiako estatuan, egoera politikoak baldintzaturik sortu eta garatu behar izan dira. Gizarte-zerbitzuetan eragiten duten korapiloak askatzeko, ezinbestekotzat jotzen dugu haien azterketa xumea egitea.

Hasteko, garrantzitsua da haren inguruan zer kontzeptualizazio egiten diren jakitea. Nahiz eta zailtasun handiak egon zerbitzuok definitzeko, oro har esan genezake arduraren publikoko zerbitzuen sarea dela, edo, are gehiago zehaztuz, hibrido bat dela, antzinako ongintza edo gizarte-laguntza atzean utzi eta ongizate-estatuaren sektore nagusi edo zutari bihurtzerainoko eraldaketa-prozesuan aurrera egin nahi duena (Aguilar Hendrickson, 2014). Hurrengo definizio hau posible guztien arteko bat besterik ez da, baina aurrez aipatutakoak baino zehatzagoa da:

Gabeziak estaltzeko eta potentzialtasunak garatzeko, autonomia (edo mendekotasun) pertsonalarekin eta integrazio (edo bazterketa) orokor eta komunitarioari lotuta, laguntza eta babesa eskaintzen duten prestazio tekniko eta jarduerak, batez ere erlazionalak eta hurbiltasunezkoak. (Fantova, 2008: 35. or)

Lehenengo elementu korapilatsua aztertzen hasi eta, gizarte-zerbitzuen objektuaren definizio faltari dagokionez, alor horretan ikertzen edo jarduera profesional horretan lanean ari direnak bat datoz: objektua ondo definitua ez izateak arazoak dakartzat, eta gizarte-zerbitzuen jarduna eta ekintza-eremua bera ere umezurtz uzten ditu, horren gainean eraikitzen baita beste guztia, baita sistemari berari forma eta zentzua ematen dizkioten zimenduak ere.

Gizarte-zerbitzuen legeak aztertuz gero, jabetzen gara gizarte-zerbitzuen sistema ordenatzea eta egituratzea har litekeela objektutzat, bai eta zerbitzuokin lotutako sistema publikorako eskubidea sustatzea eta bermatzea ere, eta objektu horrek helburu hauek lotzeko balioko lukeela: pertsonak beren bizitza era librean gobernatzeko eta garatzeko behar dituzten baliabide eta zerbitzuak haien eskura jartzeko; bazterketaren kausak desagerrarazteko edo aurrea hartzeko; gizarte-partaidetza eta elkartasuna sustatzeko, horrek pertsona guztien inklusioa bermatu eta gizarte-zerbitzuen kudeaketa koordinatzen lagundu dezan (Fernández García, De Lorenzo eta Vázquez, 2012). Hala ere, ikusitakoak ikusi ondoren, ezin esan objektuaren zehaztasunak duen garrantziaren mailan dagoenik hari buruz aipatutako definizioa, egoera zehaztu ez baizik eta deskribatu egiten baitu.

Gizarte-zerbitzuen sistemaren zailtasun nagusi gisa identifikatu dezakegu objektuaren mugaketarik eza eta haren inguruko nahasmena, eta, hala eta guztiz ere, argi esan behar da mugaketa hori beharrezkoa dela sistema garatzeko eta ongizatea bermatzeko (Aguilar Hendrickson, 2014). Ildo horretan, Santosek (2012) aipatzen duenez, objektu definiturik gabe zaila da sistema garatu, egonkortu eta hura ongizate-estatuaren laugarren zutabe bilakatzea.

Aguilar Hendrickson (2014) zentzu zabalean hartu du objektua, hots, egin beharreko ekintzen multzo gisa, eta gizarte-ongizatea edo bizi-kalitatea ere erabili izan ditu haren parekotzat; egile horren esanetan, objektua gidalerro hauen arabera formula daiteke: mendekotasun-egoeran egon litezkeen pertsonen zaintza ziurtatzea eta prebentzio-lana egitea, halako egoerak gutxiago izan daitezen; adingabeak zaintzea, haien gurasoak ezin badira horretaz arduratu; haur eta gazteek beren guraso edo tutoreengandik arreta egokia jasotzen dutela bermatzea, eta, azkenik, oztopoak edo zailtasunak dituzten pertsonen bidelagun izatea, haien erabateko garapena eta komunitate-inklusioa ziurtatzeko. Autore berak (2018), aurrez aipatutakoak zehaztu eta zertxobait hedatu, eta eginbeharrak ere zerrendatzen ditu; adibidez: gurasoen arreta jaso ezin dezaketen haurrak edo mendekotasun-egoeran dauden pertsonak zaintzea eta babestea; edozein gizarte-politikaren inguruko informazioa eta aholkularitza eskaintzea; jendearekin lan egitea, krisialdirik edo zailtasun sozialik bada; herritarren garapen pertsonala eta sozializazioa sustatzea, eta autolaguntza-ekimenak eta ekimen komunitarioak bultzatzea.

Fantovak, berriz, askoz ere modu hertsiki eta konkretuagoan egiten du bere proposamena, eta zera esaten du: osasun-zerbitzuen objektua osasuna, etxebizitza-zerbitzuena etxebizitza eta hezkuntza-zerbitzuena ikasketak edo jakintza diren bezala, gizarte-zerbitzuek ere objektu jakin bat izan beharko luketela. Horrela, elkarrekintza proposatzen du: autonomia funtzionalaren eta integrazio erlazionalaren bidezko elkarrekintza,

hain zuzen ere. Pertsonak lan-eremura edo osasun-eremura jo dezakeen bezala, eremu komunitarioa ere jo ahal izan beharko luke, oinarrizko harremanen eremu den aldetik. Fantovak txanpon beraren bi aurpegitzat jotzen ditu autonomia funtzionala eta integrazio erlazionala: egunerokotasunean geure kabuz zer egiteko gai garen adierazten du lehenengoak, baina egileak gogorarazten digu bizitza komunitarioan harremanak ditugula elkarrekin, eta, beraz, interdependenteak garela —horregatik darabil autonomia hitza, eta ez independente hitza—; bigarrenak, aldiz, oinarrizko harreman horietan dauden babes- eta lotura-alderdietan jartzen du arreta, eta halakoetan pertsonak zer-nolako gaitasunak dituzten eta zer egin dezaketen hartzen du aintzat. Horiek horrela, elkarrekintza izan liteke, egilearen esanetan, gizarte-zerbitzuen objektua egokien definitzen duena:

Pertsonen elkarrekintzarekin lotutako desorekak prebenitzea, zuzentzea edo arintzea helburu duten jarduerak, haien bi alderdi edo dimentsioekin; batetik, eguneroko bizitzarako autonomia funtzionala; eta, bestetik, bestetik, harreman-integrazioa (familiakoa eta, oro har, komunitatekoa). Lehenik, eguneroko bizitzako autonomia funtzionaltzat jotzekoak dira zaintza eta autozaintza, egunerokotasuneko oinarrizko jarduerak, jarduera instrumentalak eta jarduera aurreratuak, norberaren bizitzari eta etorkizunari buruzko erabakiak hartzeko funtzio kognitibo eta emozionalak erabili beharra dakartenak (autodeterminazioa, autoantolaketa eta autogobernua), eguneroko bizikidetzarako trebetasun sozialak ere barne direla. Eta, bigarrenik, integrazio erlazionala estu lotuta dago familia-harremanekin eta beste sare komunitario presentzial edo birtualekin, bai unean unekoekin eta bai balizkoekin (eta den-denak dira lehen mailako harremanak), gizarte-laguntzako funtsezko iturri diren aldetik. (Fantova, 2019: 7. or.)

Objektua horrela mugatzearen ondorioz, ongizatea bere hartan objektu gisa ez hartzea lortzen da; izan ere, ongizatea faktore askoren araberakoa da —enplegua, etxebizitza, osasuna, hezkuntza...—, eta faktore horiek denak ez dira gizarte-zerbitzuen alorrekoak. Hori dela eta, autorearen ustez, elkarrekintza sustatzea eta babestea zeregin garrantzitsua izan daiteke, beste alor batzuekiko sinergiak lortuz egin daitekeena, eta gizarte-zerbitzuei euskarri sendoa eskaini diezaieke, haiek garatzearen eta indartzearen aldeko estrategia bat sortzearen bidez.

Bigarren elementu korapilatsuari erreparatzen badiogu, aurrekoarekin duen loturaz ohartuko gara; izan ere, unibertsaltasun zeri esaten zaion edo izen horrekin praktikan zer egiten den, objektua aldatu egin daiteke. Unibertsaltasuna gizarte-zerbitzuen antolakuntza-printzipio operatiboetako bat da, eta, haren arabera, zerbitzu horiek guztionak eta guztiontzat dira. Hori horrela, bazterketa-egoeran edo gizarte-maila ahulenetan dauden

pertsonei prestazioak eskaintzen dizkien zerbitzu asistentzialetatik harago, herritar guztiek izan beharko lukete, herritar izate hutsagatik, gizarte-zerbitzuetara jotzeko aukera, eta horrek ikuskera asistentziala gainditzea ekarriko luke.

Aguilar Hendricksonen (2018) esanetan, antzina ere, European, auzioi buruz mintzo ziren autoreek ongizate-estatuaren seigarren zutabetzat jotzen zituzten gizarte-zerbitzuak, osasunarekin, hezkuntzarekin, etxebizitzarekin, diru-sareren bermearekin eta lanerako formakuntza-politikekin batera, eta haien unibertsaltasuna sakontzea zen xedea. Ideia horrek, baina, zera dakar: haur-eskolak, gurasoentzako aholkularitza-zerbitzuak, udako aisialdi-zerbitzuak, zentro komunitarioak eta horien kidekoak gizarte-zerbitzuen partetzat hartzea. Ikuspegi horri jarraituz, gizarte-zerbitzuak pobreentzat soilik direlako ideia gainditzen dute autoreek, eta, zailtasunak dituzten pertsoez gain —haurrak eta mendekotasun-egoeran dauden pertsonak, besteak beste—, bestelako egoera ekonomikoa dutenak ere jotzen dira gizarte-zerbitzuetako. Europako Batzordeak gizarte-zerbitzuen gainean 2006an eginitako txostenean ere jasotzen dira haurtzarorekin lotutako zaintza-programak, etxebizitza sozialei buruzko programak eta kidekoak. Hortxe ager liteke, hain zuzen, unibertsaltasuna lortzeko beste oztopo bat (Huber, Maucher eta Sak, 2006). Etxebizitzaren inguruan, esaterako, gurean politika propioak ditugun arren, egiaz ba al dute eraginkortasunik? Etxebizitza sozialak etxebizitza-politiken barruan kudeatzen dira, baina pertsonak horra iristeko adina diru-sarrera ez badute, gizarte-zerbitzuen alojamenduetara edo bizitokitara jotzen dute. Unibertsaltasuna bermatze aldera, beraz, Aguilar Hendricksonen lau esparru proposatzen ditu: lehenik, asistentzia soziala esaten diona, pertsonen oinarrizko beharrianak asetzea helburu duena, hots, egoera ekonomikoko okerrean dauden pertsonekin lan egitea; gero, ordea, egoera ekonomikorekin zerikusirik ez duten beste hiru esparru aipatzen ditu autoreak: haur-garapena eta gurasotasuna, iraupen luzeko zaintzak, eta, amaitzeko, integrazioa.

Europako gainerako herrialdeen aldean, Espainiako estatuan atzerapenarekin sortu ziren gizarte-zerbitzuak, eta, aurreko egitura frankisten eta Elizaren eraginez, ongintzaren logika eta logika asistentzialistak nagusitu ziren ezinbestean, eta, gaur egun ere, antzematen dira horren zantzuak (Hernández-Echegaray, 2019). Bestalde, badirudi areagotu egin dela eduki espezifikorik gabeko azken buruko laguntza- edo babes-sare gisa gizarte-zerbitzuek duten nortasuna, eta horren arabera funtzionatzen dutela, gainerako baliabide eta euskarriek huts egitean soilik jo beharko balitz bezala sare horretara. Izan ere, ia edozertarako jo daiteke zerbitzuotara —elikagaiak lortzeko; argia, botikak, arropa, betaurrekoak eta oinarrizko premiekin lotutako beste edozer gauza ordaintzeko; zaintza-lanetarako; ostalua eskuratzeko; harremanetarako; etxek etxeko zerbitzuetarako;

lan-orientaziorako...—, baina soilik lortu nahi den hori lortzeko beste modurik ez dagoela frogatzen bada. Esan genezake indartzen ari dela estali gabeko larrialdi-egoerei ia eskusiboki erantzuteko sistemak duen izaera erresiduala. Horrek ez du laguntzen unibertsalizazio-prozesuan, gizarte-zerbitzuak pobreenzat direlako ideiak imajinario kolektiboan bere hartan jarraitzea sustatzen duelako.

Hala ere, gizarte-zerbitzuen hirugarren belaunaldiko legeek eskubide subjektiboa jasotzen dute eta, jakina, baita unibertsaltasuna ere. Zenbait eztabaida ere sortu dira, ordea, halakoak garatu ahala; esate baterako, diskrezionaltasunaren eta unibertsaltasunaren arteko talken gainean. Unibertsaltasuna ez dago lehian larrialdi-egoeren trataerarekin, ez behintzat osasun sistemari erreparatzen badiogu. Baliabide eta zerbitzuetara heltzeko irizpide komunak ezar daitezke, kasuaren prebentzio-aukeren, bazterketaren intentsitatearen, aukeren irizpidearen edo profilararen arabera, besteak beste (Martínez Virto eta Pérez Eransus, 2018).

Horretaz gain, estatuek hirugarren mailakotzat jotzen dituzte gizarte-politikak, gobernuek ez dituzte lehentasuntzat hartzen, eta horrek, besteak beste, finantzaketari eragiten dio. Adituek diotenez, gizarte-zerbitzuen finantzaketa beti izan da behar baino txikiagoa, urteen poderioz jaitsiz joan dena eskariak igo arren. Gizarte-zerbitzuak merkatzeko formulak artikulatzen dira; izan ere, iruditeria politikoa, gizarte-zerbitzuak inbertsio ez baizik eta gastu direlako ideia dago, eta, ondorioz, sistema prekarizatu egin da. Gainera, adituek adierazi dute politikan diru gehiago bideratzen dela kolektibo estrategikoetara (adinekoak) gainerakoetara baino baina, hala eta guztiz ere, gehiegiztat hartzen dute herritarrek pobrezian eta bazterketan egindako inbertsioa, gizarte-zerbitzuen “kolektibo izarra” delakoan (Hernández-Echegaray, 2019).

Unibertsaltasunaren printzipioa aurrera eramateko, ezinbestekotzat jotzen da aurrekontua igotzea (Aguilar Hendrickson, 2014), baina ez modu arbitrarioan, unean uneko egoera ekonomikoaren arabera, baizik eta unibertsaltasuna eskubide gisa aintzat hartuz. Horretarako, beraz, garrantzitsua da gizarte-zerbitzuak oinarrizko eskubidetzat hartzea, eta politika paternalistak eta asistentzialistak —hurrengo elementu korapilatsua, hain zuzen— gainditzea.

Honenbestez, gizarte-zerbitzu unibertsalak gura baditugu, zenbait pauso ematea ezinbestekoa da: lehenik, osasungintzan edo hezkuntzan gertatzen den legez, gizarte-zerbitzuen sare publikoak ere kalitateko alternatiba izan behar du, herritar guztiontzat irisgarri eta erakargarri; bigarrenik, gizarte-zerbitzuak eskubide subjektibo gisa jaso behar dira legedian; hirugarrenik, politikoki ere behar besteko zentraltasuna eman behar zaie, eta, horretarako, batetik, teknikoki eta zientifikoki garatu behar dira ezagutzaren bidez, eta, bestetik, inbertsio ekonomiko sendoa egin behar da; eta, laugarrenik,

errekonozimendu soziala beharrezkoa da sistemaren kontsolidaziorako eta gizarte-zerbitzuak ongizate-estatuaren laugarren zutabetzat hartzeko, horretarako funtsezkoa baita jendearen ezagutza eta babesa.

Aurreko bi elementu korapilatsuak aztertzearekin batera, ikus dezakegu gaur egun legeak markatzen duenaren eta jarduera profesionalaren artean aldeak sor daitezkeela haien ondorioz, eta, alde horretatik, maiz zalantzan jarri izan da gizarte-zerbitzuak benetan diren ongizate-estatuaren laugarren zutabea edo gainerako sistemen erantzunik ezaren aurrean pertsonak aurkitzen duten azken baliabidea (Jaraíz, 2011). Hausnarketa horrek zuzenean garamatza hirugarren elementura.

Hirugarren elementu korapilatsuari begiratu gero, hura ere aurreko biekin estuki lotua dagoela ikus dezakegu, egun gizarte-zerbitzuetan nagusitzen den arreta-eredua aurreko bi elementuen gatibu baita. Era askotako arreta-ereduak daude, eta gure jarduera profesionala haietako zeinetan oinarritu beharko genukeen legean bertan esaten den arren, gizarte-zerbitzuen alorreko praktikak beste norabait eramaten gaitu gaur egun.

12/2008 Legeak arreta-eredu komunitarioa aldarrikatzen du, bai eta Pertsonarengan Zentratutako Arreta-eredua ere. Eredu horren arabera, pertsona bere testuinguruan eta ingurune sozialaren eraginpean baino uler ezin daitekeenez gero, faktore horiei erreparatu eta pertsona erdigunean jarriz artatu behar dira gizon-emakumeak. Eredu hori gero eta nabariagoa da adineko pertsonen eta mendekotasunaren esparruan (SIIS, 2019).

Objektua ongi definiturik bagenu, eta irmoki egingo bagenu unibertsaltasunaren alde, horrek eredua legera egokitzea behartuko gintuzke. Baina hori horrela izan ez denez, burokratizazioa hain nabarmen hazi ahala, horrek asistentzialismoaren eta eskaeren eredua erabat nagusitzea ekarri du.

Gaur egun, gizarte-zerbitzuen lana kutsu asistentzial eta paternalistari ihes egin ezinik dabil (Arenas, 2016), aski ezaguna den baliabide-eskaera binomioaren mende baitago erabat, gero eta burokratizatuago. Horrek ondorio saihetsezin bat dakar: esku-hartze sozialari eta zerbitzuok berezko duten akonpainamendu-funtzioari gero eta denbora gutxiago eskaintzeko joera, alegia. Eskaera artatu behar dela onartzen dugu, baina, gizarte-zerbitzuen egoera ezagututa, uste dugu behar handia dagoela lan estrategiko eta proaktiboaren alde egiteko. Ildo horretan, nabarmen geratu da helburu estrategikoak markatu behar direla, beharrei haien garrantziaren arabera erantzun behar zaiela eta herritarrek paper aktiboagoa izan behar dutela, batez ere lehen mailako arretan. Horretarako ezintasuna gizarte-zerbitzuen sistemak ustez duen “gabezia kognitiboari” egozten zaio, kontzeptualizazio urriarekin sortua izan balitz bezala. Hori horrela,

eskaeraren arabera funtzionatzera beharturik daude gizarte-zerbitzuak, ahal duten moduan erantzutera. Eskariaren arabera funtzionatzen duen sistema eraginkorra da egoera larrien aurrean, baina ez egoera kronikoa, luzea edo beste era batekoa bada. Ondorioz, efikaziarik eta efizientziarik eza da halako eredu asistentzialisten patua. Badaude jada hori gainditzeko ereduak, egoeraren konplexutasunaren araberrako erantzunak edo ekimenak proposatzen dituztenak (Uribe, 2019).

Egungo pandemiaren ondorioz, eskariaren araberrako ereduak eta oinarriko beharriazinei erantzun beharrak indartu egin dute baliabideen kudeatzaile-rol edo eredu asistentzialista. Gizarte-zerbitzuei balio erantsia ematen dieten berriazko baliabide eta zerbitzuen kaltetan, funtzio administratibo ez-eraginkorrek gora egin dute, eta, hori dela eta, alde handia dago gaur egungo gizarte-zerbitzuen eta garai batekoen artean. Azken buruko sare edo sistema erresidual bihurtzen duten ekintzen artean, hain zuzen, badaude zenbait esku-hartze zaintzarekin, babesarekin eta gizarte-zerbitzuei balio erantsia ematen dieten beste baliabide batzuekin lot daitezkeenak, eta halakoak artikulatuz gero, horrek sistema edukiz bete eta unibertsalizaziorantz eramango luke. Bizitzen ari garen krisialdiaren ondorioz, ordea, ekintza horiek guztiak murriztu egin dira, eta azken buruko sarea elikatzen duten muturreko larrialdi-egoerak eta larrialdi-egoera kronifikatuak, berriz, ugaritu. Hori horrela izanik, gizarte zerbitzuak, kutsu asistentzialistatik ihes egiteko orain dela urtebete baino urrutiago daude, asistentzialismoak (beste batzuk egin beharko luketena, haiek baino okerrago egitea bezala ulertuz) izugarri egin baitu aurrera. Ematen du asistentzialismoa halabeharrez dela gizarte-zerbitzuen izaeraren parte, eta ez garena hura ezabatzeke gai (Fantova, 2021).

Egia da aspaldian jasaten ari garen krisi-egoerak gizarte-zerbitzuetako baliabideen eskaria areagotu duela baina, aldi berean, profesionalek gestioari eskaintzen dioten denbora ere hazi egin da, eta burokratizazioa handitu. Gizarte-zerbitzuetako profesionalek esku-hartze sozialean jardun beharko lukete, baina maiz ez dago horretarako espaziorik. Martínez Virtok eta Pérez Eransusek (2018) diotenez, baliabideen gestioa aukera egokia izan daiteke esku-hartze prozesuak abiarazteko, baina horretarako oztopoak ere badaude: burokratizazioa hazi izana, laguntzak ukatzeak babesari dagokionez dakartzan mugak, kontrol-funtzioa hazi izana eta esku-hartze sakonetarako baliabiderik eza, esate baterako. Gauza bera gertatzen da akonpainamenduetarekin ere, hau da, hura martxan jartzeko oztopo nabarmenak egoten direla sarri, teknika horrek denbora eta lan handia eskatzen baititu. Horretaz gain, austeritate-politikek ere zeresana izan dute gizarte-politikan eta, honenbestez, baita gizarte-zerbitzuetan ere. Hori horrela, azken urteetan, joera asistentzialistak modu progresiboan hazi dira.

Hori gutxi balitz bezala, gizarte-zerbitzuetako profesionalek diotenez, politika neoliberalak

birfamiliarizazioa ekarri dute, neosistentzialismo esaten diotena, eta, hala, arretaren gaineko ardura erakunde publikoetatik familiara eta hirugarren sektorerara edo, zehatzago esateko, ongintza-entitateetara igaro da. Adituen arabera, horrek guztiak ongintzara itzularazten gaitu berriro, baliabideen gestio mekanikoa hazi eta esku-hartze soziala gutxitu egiten delako. Inbertsioez mintzatu garenean aipatu dugun bezala, zuzeneko baliabide eta zerbitzuak murrizten ari dira poliki-poliki, eta, haien ordez, beharriazko asetzeari dagokionez, gero eta protagonismo handiago hartzen ari dira antolakunde karitatetsu eta filantropikoak, eta horrek unibertsaltasunetik urruntzen eta praktika asistentzialistetara hurbiltzen gaitu. Horren guztiaren ondorioz, pertsona txiroak sistemaren mendeko bihurtzen dira, haiei eskaini behar izaten zaielako arreta gehien, eta horrek kalte egiten dio hain beharrezkoa den sistemaren legitimazioari. Hala ere, bada ongintzaren balio horiek babestu nahi edo nostalgiaz hartzen dituenik ere, ongia egitearen bertutea, gizadiarenganako maitasuna edo sufrizten dutenenganako elkartasuna garrantzikoak direlako edo (Hernández-Echegaray, 2019).

Labur esanda, beraz, elementu korapilatsuen arteko elkarreragina argia dela esan eta batak bestearengan eragina duela azpimarratu dugu. Objektuaren zehaztasun ezak oztopatu egiten du unibertsaltasunaren moduko printzipio garrantzitsuak garatzea, eta horrek eragina du gizarte-zerbitzuetan eskaintzen den arreta-ereduan. Gizarte Zerbitzuen Euskal Sistemari dagokionez, oso arau-esparru garatuak baditugu ere, alde handia dago, gorago ere esan dugun bezala, esparru horien printzipioen eta haiek errealitatean gauzatzeko moduaren artean (Zalakain, 2019). Gizarte-zerbitzuen sistema asistentzial erresiduala atzean utzi eta sistema unibertsal modernora jauzi egin nahi izan da, baina, sistema hori arau-esparruetan behar bezala jaso bada ere, hura praktikan hedatzeko zailtasunak nabarmenak izan dira, hemen aipatu diren elementu korapilatsuen eraginez, besteak beste (Fustier, 2017).

4. Korapiloak gizarte-langintzatik abiatuta aztertzen

Gizarte-langintza behin baino gehiagotan nahastu izan da gizarte-zerbitzuekin, lanbideak pisu handia baitu sistemaren barruan (De Las Heras, 2019). Hala ere, gizarte-langintza diziplina akademikoa da —diziplina aplikatua, alegia—, lanbide ere bai baita, eta, beraz, ezaugarri bereziak ditu. da —diziplina aplikatua, alegia—, lanbide ere bai baita, eta, beraz, ezaugarri bereziak ditu. Gizarte-langintzaren berriazko zeregina da esku-hartze sozialean jardutea, eta, hein handi batean, gizarte-zerbitzuen sistemaren barruan egiten du hori. Horrek garapen handia ekarri dio gizarte-langintzari, hazteko aukera eman baitio, baina aipatzekoa da harreman horrek diziplinaren eta lanbidearen arteko aldea areagotzea ere ekarri duela. Izan ere, gorago esan dugunez, esku-hartze soziala da gizarte-langintzaren zereginetako

bat, eta ekarpen tekniko horixe da, zentzu hertsian, haren balio erantsia, hau da, akonpainamendua eta harreman profesionala, gizarte-langileak herritarrekin lantzen duen harremana. Egungo gizarte-zerbitzuetan, ordea, esku-hartze sozialak barenean hartzen ditu, besteak beste, bai baliabideen kudeaketa eta bai irizpideen betetze-mailaren gaineko kontrola, eta horrek erraz samar distorsiona dezake gizarte-langileari esku-hartze sozialarekin lotuta dagokion berariazko zeregina, bai eta lanbidea bera ere. Honenbestez, gizarte-zerbitzuen gaur egungo praktikatik urruti gera badaiteke ere, gizarte-langintza honela definitu izan da:

Gizarte-langintza lanbide bat da, gizartearen aldaketa eta garapena, gizarte-kohesioa eta pertsonen indartzea eta askatzea sustatzen dituen jardunbidean eta diziplina akademikoan oinarritzen dena. Justizia sozialaren, giza baliabideen, erantzukizun kolektiboaren eta aniztasunarekiko errespetuaren printzipioak ezinbestekoak dira gizarte langintzan. Gizarte-langintzaren, gizarte-zientzien, humanitateen eta sorterriko ezagueren teoriak oinarri hartuta, gizarte-langintzak pertsonen eta egituren parte-hartzea sustatzen du, bizitzaren erronkei aurre egitea eta ongizatea areagotzea helburu hartuta. (Gizarte Langintzaren Nazioarteko Federazioa, 2014)

Definizioa ikusi ondoren, lehenengo elementu korapilatsuari helduko diogu, hau da, objektua definitzeko zailtasunari. Ezer azaldu baino lehen, aipatzekoa da gizarte-langintzaren bi ildoek —diziplinak eta lanbideak— objektu bera dutela, bai ikerketari dagokionez, bai esku-hartzeari dagokionez. Gizarte-langintzaren komunitatean, batez ere akademikoan, etengabeko kezka sortzen duen kontua da objektuaren definizio eza, eta ez da harritzekoa, epistemologia osoa eta geroko ekintza-esparrua baldintza ditzakeen elementua baita. Gaiari buruzko pentsamoldeen erreposoa eginez gero, jada Mary Richmond (1917) aitzindariak berak ere arestian aipatzen zuenez, gizarte-langintzaren objektua egoera bera da, bai beste pertsona batzuekin dituen harremanen eraginez sortzen dena, bai komunitateko gizarte-erakundeekin dituen harremanen eraginez sortzen dena. Beste autore batzuek gaineratzen dutenez norbanakoaren eta egoeraren arteko harremana da objektua, beharizanen eta haiek eguneroko bizitzan duten garrantziaren artekoa, norbanakoaren eta gizartearen arteko tentsio dialektikotik abiatuz betiere (Vázquez, 2009). Autoreok egoerari erreparatzen dioten arren, inguruneak eta subjektuak —hau da, norbanakoak, taldeak edo kolektiboak— elkarri eragitean hark bizi duen egoera omen da objektua beste zenbait autoreren iritziz. Beste batzuen ustez, ordea, azpimarra egituretan jarri behar da, baldintza sozial edo estrukturalak direlako, haien esanetan, ongizatea edo desberdintasunak dakartzatenak eta pertsonen edo komunitateen garapena bultzatzen edo oztopatzen dutenak. María José Aguilar Idoñezek (2013), aldiz, zera dio: iritzi horiek guztiak

ez direla kontraesankorrak, eta norberaren hautu teorikoaren arabera interpreta daitezkeela. Aditu horrek eredu ekologiko-sistemikoan oinarrituz proposatzen duenez, beharizan eta arazo jakinak dituen subjektuak eta haren testuinguru sozialak elkarri eragiten dioten modua hartu beharko luke objektutzat gizarte-langintzak.

Autore horien guztien ikuskerak gorabehera, Zamanillok (2018) azpimarratzen duenez, objektua definitzeak berebiziko garrantzia du gure diziplinarako, konplexutasuna aintzat hartu behar baita. Guk aipatu dugunaren ildotik, Zamanillok dio objektua definitu beharra dagoela, objektuak, metodoak, teoriak, paradigmeak eta fenomenoek ematen baitiote ikerketari kategorian analitiko egokiak hautatzeko ahala, eta, gero, horrek irekitzen baitio bidea esku-hartzerako baliagarri izango den sorkuntza teorikoari. Autorearen esanetan, baina, gizarte-langintzari dagokionez, kontua ere konplexuagoa da, hartan elementu praktikoa asko nahasten baitira, hala nola helburua, subjektua, eremu profesionala eta esku-hartze eremua, eta horrek, Zamanillok “preteoriko” deitzen dion ezagutza mota sortzea dakar. Diziplinak objektuaren aferaren inguruan egindako garapenean, hasiera batean, norbanakoa-egoera aukeraren gainean egin zen lan, funtzionalismo hutsetik elkarrekintzaren ideia pasatuz. Ondoren, birkontzeptualizazioaren aldeko mugimenduaren eraginez, pertsona zapalduaren ideia lantzen hasi zen, nahiz eta oraindik objektuaren definizio batetik urruti egon. Geroago, gizarte-beharizanak erabiltzen hasi ziren objektutzat, planifikazioaren ikuskerak eraginda, eta, geroago, abstrakzioarako ahalegin bat eginez, gizarte-arazoaren inguruan hasi ziren lanean objektuaren definizioan. Azkenik, ahuleziak azpimarratzen dira, eta, aurreko guztietan bezala, norbanakoaren eta ingurunearen garapena aipatzen da objektuaren definizio-saiakera gisa, eta horrek eredu erresiduala bultzatzen duela esaten da.

Esandakoak esanda, diziplinan onartuena den objektuaren definizioa Zamanillo katedradunak gauzatu duela esango genuke, hura izan baita gizarte-alorrean objektuaren inguruan gehien ikertu duen pertsonetako bat. Haren esanetan, berak plazaratzen duena oraindik ere garapen-prozesuan dagoen proposamen kritiko bat da, eta diziplinak ikertu beharreko errealitate soziala mugatu nahi bati erantzuten dio, hots, gizarte-langintzaren objektu izan daitezkeen elementuak identifikatu nahi bati. Ezinegon psikosozial gisa definitzen du objektua, eta horrek zer hartzen du barnean: “norbanakoaren ezinegon psikosozialarekin erlazonatutako fenomeno guztiak, haien genesi sozio-estrukturalaren eta bizipen pertsonalen arabera ordenatuak” (1999: 29). Kontzeptu nagusiak argitze aldera, “ezinegon” hitza erabili izan du, psikosozial gisa. Kontzeptu hauek guztiek aldaketaren nahia adierazten dute, eta horrek egiten ditu interesgarri. Kontzeptu “psikosozialak”, aldiz, genesi estrukturaletik zein bizipen pertsonaletik edaten du, bi horiek osagarriak eta ezinbestekoak

baitira autorearen aburuz. “Genesi estruktural” deritze zenbait motatako arazo psikosozialei, baldin eta norberaren autonomia, identitatea eta eboluzioa oztopatzen duten egoeretan pertsonaren garapenerako ezinbestekoak diren aukerak sortzeko gabeziatik eratorriak badira; aldiz, “bizipen pertsonal” deritzo zenbaitetan jasaten den ezinegonari, baldin eta pertsonaren harremanetan (familia-, lan-, komunitate- eta instituzio-harremanetan) nahasmendua eragiten badu.

Bigarren elementu korapilatsuari heldu bezain pronto, konturatzen gara gizarte-langintzaren unibertsalizazioaren afera erabat baldintzatzen duela objektuaren definizioak. Objektua bada gure xedea definitzen duena edo gizarte-ekintzaren markoa adierazten duena, horrek esan nahi du objektua gutxi-asko unibertsalagoa izan daitekeela. Kasu honetan, unibertsaltasuna gizarte-langintzaren ekintza-eremuarekin lot dezakegu, hau da, profesionalizazio-prozesuarekin, lanbideak berak burutu duen garapenarekin.

Gizarte-langintza XIX. mende bukaeran sortu zen, pertsona txiroei beren oinarrizko beharrezko asetzeko, asistentzia-ekintza gisa. Gizarte-langintzaren hastapenak Elizaren karitateari lotuak daude, baina hasieran karitatea zenak filantropiari eman zion bidea geroago. Txiroei lagundu behar zitzaie argi zegoen, baina hori modu ordenatuan egin behar zenez, filantropia —hots, karitatearen arrazionalizazioa— nagusitzen hasi zen. Industrializazioarekin batera, gizarte-arazo berriak eta desberdintasunak areagotzen hasi ziren eta, orduan, egoerei nolabait aurre egin behar zitzaie eta, estatuak gizarte-laguntza antolatzeari ekin zion (Zabalo, 2008). Zenbait fase bereizten dira gizarte-langintzaren bilakaeran: fase preteknikoa, karitatearekin zerikusia duena; fase teknikoa gizarte-laguntza antolatua martxan jartzen duena; fase prezientifikoa, ongizatearekin zerikusia duena eta gizarte-zerbitzuei lotuago dagoena, eta, azkenik, fase zientifikoa, gizarte-arazoak modu zientifikoan aztertu, diagnostikatu, erantzunak bilatu eta aurreikustean datzana (De la Red, 1993; Berasaluze, 2011).

Bilakaera horretan, interesgarria da ikustea nola garatu den gizarte-langintza asistentzia sozial gisa sortua izan zenetik gaur egunera arte. Izan ere, gizarte-langintzak bide luzea egin du arestian behartsuei edo oinarrizko beharrezko ase ezin zituzten pertsonen modu ez profesionalean erantzuten zion jarduera gisa sortua izan zenetik, eta, hala, gaur egungo definizioekin bat etorri, beharrezkoetik harago dagoen eta pertsonen askapena eta autonomia sustatzea helburu duen diziplina zientifiko eta lanbide bihurtu da. Hala ere, gaur egun ere bada gizarte-langintza marjinalitatearekin lotzen duenik. Agerikoa da eskubideen urratzeekin edo bazterketa-egoerekin lan egiten dugula. Argi dago, beraz, nork behar izaten duen gure laguntza profesionala: beharrezko sozialak dituztenek, mendekotasun-egoeran daudenek edo desabantaila sozialak dituztenek, alegia.

Hala ere, gure lanbidean lehenetsia ematen diegu behar bereziak dituzten pertsona eta kolektiboak, edota gabezia handiagoa dutenei eta gizarte-bazterketa egoeran daudenei. Adibidez, zein dira gure jardueren edo ikerketa-lanen xedeak, eta zer-nolako egoerei egiten zaie aurre? Lehenik, desabantaila sozialei edo gizarte-bazterketarekin lotutako hainbat egoerari: gabezia ekonomiko, afektibo, emozional eta politikoei, besteak beste; bigarrenik, diskriminazioarekin lotutako hainbat egoerari: generoarekin, estetikarekin, etnia edo kulturarekin, adinarekin, lanbidearekin, gaixotasunarekin, bizitza-aukerekin edo aukera intelektual ideologikoekin lotutakoei, esate baterako; hirugarrenik, zenbait mendekotasun-egoerari, hala nola bizitza kudeatzeko autonomiarik ezari, aukerarik ezari eta arriskuei. Azken finean, giza eskubideak eta gizarte-eskubideak hausten diren edozein egoera du langai gizarte-langintzak, laguntza-harremanen eta lankidetzaren horizontalaren bidez pertsonen (subjektuen) gaitasunak eta autonomia sustatzea baita diziplina horren helburua.

Hori horrela, ikus daiteke gizarte-langintza oinarrizko beharrezko ase ezin dituzten pertsonen laguntza antolatua ematea baino askoz gehiago dela, eta, hori dela eta, gizarte-langileon lana unibertsalizatu egin dela. Azken finean, unibertsala izateak herritar ororentzat irisgarri izatea dela aipatu badugu sarreran, orain argi eta garbi esango dugu, zerrendatu ditugun xedeei erreparatu, edozein herritarrek izan dezakeela, orain edo gero, gizarte-langilearen esku-hartze profesionalaren beharra, baita haren egoera ekonomikoa txarra ez bada ere. Hortaz, gizarte-langintza jarduera zientifiko bat da, gizarte-eraldaketa, gizarte-kohesioa eta justizia soziala sustatzen dituen.

Hirugarren eta azken elementu korapilatsua gizarte-langintzaren esku-hartzearen erudia da. Gizarte-langintza burokratizazioarekin eta, batez ere, asistentzialismoarekin lotzen da, eta horrek asko urruntzen du jarduera profesionalaz, diziplinaz eta lanbideaz eman dugun definizioetik. Gizarte-langintzaren jatorria asistentzialista da, eta badirudi horren arrastoak bizirik jarraitzen duela oraindik ere gizartean eta gizarte-langileogan.

Herritarrekiko harremanetatik abiatuz martxan jartzen den esku-hartze soziala izatea, horixe da gizarte-langintzaren berriazko ezaugarria. Egundakoa gizarte-langintza erabiliz, kasuen zein baliabideen kudeaketari eskaintzen zaion denborak oztopatu egiten du gizarte-langintzari balio erantsia eta espezifikotasuna ematen dion esku-hartze sozial hori lantzea. Horrek joera asistentzialistetara eramaten gaitu berriro, eta, batzuetan aipatzen denez, gizarte-langileok “lan bigun” esaten zaien etara egokitu ote garen susmoa ere egon liteke; alegia, burokratizazioa sustatu eta baliabideak kudeatzen eta informazioa ematen baino aritzen ez ote garen. Horrek erabat desitxuratu du gure jarduera profesionala, baliabide eta zerbitzu hutsak ematera lerrarazi baikaitu, prebentzioa eta sustapena xede duten ekintzetan jardun ordez.

Gizarte-langintzaren oinarrizko funtzioetako bat asistentzia da, eskubide sozialak eta baliabideak ezagutzen ditugun profesionalak baikara. Funtzio hori beharrezkoa da, batez ere krisi garaian. Hala ere, ezin da funtzio hori herritarren gizarte-eskubideen errekonozimendutik bereizi. Ondorioz, funtzio hori ez da asistentzialismoarekin nahasi behar, gure ekarpenaren amaierako xedea partaidetzaren bidez aldaketa-aukerak eraikitzea edo berreraikitzea baita, egoera pertsonalen eta kolektiboen hobekuntzan eta/edo eraldaketan eragina izan dezaten.

Halaber, zehaztu beharra dago asistentzia-funtzioarekin batera bestelako funtzioak ere betetzen ditugula. 2001. urteaz geroztik, eta Kode Deontologikoan (2012) jasotakoaren arabera, hauek dira gizarte langilearen funtzioak: informazioa, ikerketa, prebentzioa, asistentzia, arreta zuzena, gizarte-sustapena eta gizarteratzea, bitartekaritza, plangintza, kudeaketa eta zuzendaritza, ebaluazioa, gainbegiratzea, irakaskuntza eta koordinazioa. Horrelaxe lortzen da, hain zuzen, gure jarduera profesionala prebentiboa izatea (zuzeneko arrazoiei edo arazo jakinei aurre egitea baita haren helburua), bai eta sustagarria (autonomia pertsonala, hezkuntza eta partaidetza sustatzen baititu), asistentziala (informazioa, orientazioa, aholkularitza eta laguntza ematen baititu) eta errehabilitatzailea (gizarteratze-prozesuak sustatzen baititu) ere. Nolanahi ere, herritarrekin ezartzen ditugun harremanak, neurri batean, “kasuaren kudeatzaile” edo “kasuaren arduradun” baten bitartekaritzaren pean geratzen dira, eta horrek herritarren “erantzukizunik eza eta pasibotasuna” eragiten harreman-lana galarazten du, pertsonak gizarte-zerbitzueta erabiltzaile, paziente edo bezero bilakatzen dituen gero. Horregatik da hain garrantzitsua pertsonen herritartasuna aldarrikatu eta sustatzea, eskubide eta betebeharren subjektu diren heinean.

Profesionala elkarrekintza saihesten duen burokratarekin edo baliabide-kudeatzailearekin lotzen duen irudia uxatu behar dugu, nahasmendua besterik ez dakarrelako eta lanbidearekin bat ez datorrelako. Berez, gizarte-langintza baliabide bat da bere horretan, eta prestazio ekonomikoak eta gainerako gizarte-baliabideak tresnak dira, gizarte-langileak bere jardunean erabil ditzakeenak (edo ez). Inoiz ere ez dute baina, gizarte-langileak bera ordeztarik izango; izan ere, bere praxia bete ezean, gizarte-langilearen jarduna langile administratibo espezializatu batena izango litzateke, besterik ez.

Gizarte-langintzaren alorreko zuzeneko esku-hartzeetan pertsonekin ari garela, ezinbestekoa da entzuketa, empatia eta laguntza lantzea eta pertsonen gertuko baliabideak aktibatzea, bai eta herritarren eskubideak betearazteko beharrezkoak diren baliabide publikoen eskasia edo gabezia ezagutaraztea eta salatzea ere (Fombuena, 2020). Profesionalen eta herritarren arteko lankidetzaren prozesu komunikatiboan datza, non elkarriketa den erabiltzen den teknika nagusia. Teknika horren oinarrizko helburua gurekin batera lan egiten duten

personak gurekin arriska daitezen lortzea da, errealitatearen askotariko interpretazioak aurkitzeko dinamika eta prozesuetan parte hartuta, bestelako kontakizunak eta narrazioak eraikitzeke xedea duten aukerak eta ikuspuntuak zabaldua, aldaketarako alternatiba diren heinean. Horrek barnean hartzen ditu ondoez-egoerak eta desabantaila sozialak ahanzarazten edo eragiten dituzten egituren aldaketarantz zuzendutako ekintzak (Campos eta Cardona, 2019).

Hona hemen, beste askoren artean, gure lana deskribatzen duten alderdi nagusiak: gizarte-langileak arreta zuzena ematen die pertsoneri, prozesu osoan zehar laguntzen die aldaketarako alternatibak berreraikita; eskubide sozialen eta baliabideen inguruko informazioa, aholkularitza eta orientazioa eskaintzen dizkie, gure praxiaren xede diren egoerak beren osotasunean ebaluatzen ditu eta erantzun integral bat planteatzen du; partaidetzaren bidez aldaketarako aukerak diseinatu eta eraikitzen ditu, eta eraldaketaren xede diren egoerei erantzun pertsonala eta kolektiboa emateko prozesuetan laguntzen du. Gure funtzio garrantzitsuenetako bat hau da: gizarte-bidegabekeria sortzen duten eta pertsoneri eragiten dieten egoeren azterketan eta salaketan laguntzea, egoera horiek gizarte-proiektuen diseinuari esker prebenitu ahal izateko (Ovejas, Ariño, Berasaluze, 2018).

Laburbilduz, azken erroetan deskribatu den gizarte-langintza errealitate bihurtuko balitz, horrek benetako unibertsalizazioa ekarriko lieke bai diziplinari eta bai lanbideari, eta, horri esker, oraindik ere indarrean dauden joera asistentzialistak baztertuko genituzke. Lehenengo erroetan jasotako definizioa betetze aldera, jaso ditugun objektuen adierak berek marrazten eta irudikatzen dute egokien gizarte-langintzaren ekintza-eremu eta norabidea.

5. Korapiloak askatzeko bidean

Lan honen bizkarrezur diren elementu korapilatsuen azterketa paraleloa egitean ikusi dugun legez, bai gizarte-langintzak eta bai gizarte-zerbitzuek ere, bi-biek dute oinarrizko erroek aurre egin beharra, hots, bakoitzaren objektua egoki definitu, mugatu, unibertsaltasunaren hautua gauzatu eta arretazekin esku-hartze ereduak garatu beharra; jakinik, gainera, hiru elementuak estuki lotuak daudela eta elkarri eragiten diotela etengabe. Erronka horiek partekatzea izan da, neurri handi batean, elkarrekin nahastu eta identifikatu izanaren arrazoia, haien identitateaz zalantza egin eta zein den zein galdetzeraino.

Elementu horiek, berez, ez dira negatiboak, sistemaren eta diziplinaren oinarriak sendotzeko ezinbestekoak baizik. Hori gutxi ez, eta haien definiziorik eta zehaztapenik ezak korapiloak sortu eta efektu negatiboak eragiten ditu batekiko eta bestearekiko, eta bien arteko lehia ere areagotzen du. Horregatik da hain garrantzitsua haien

lanketa bideratzea, lehia horrekin amaitu eta espezifikotasunak aukera bezala erabiltzeko.

Lanketa hori, gainera, objektuari dagokionez behintzat, nor bere aldetik egin beharra dauka, biak direlako desberdinak (aurrenekoa diziplina eta lanbide da aldi berean; bigarrena, berriz, babes-sistema). Bakoitzaren espezifikotasuna argi izanik, elkarlanean aurrera egin beharko genuke, unibertsaltasuna eta ereduaren garapena egingarri bihurtzeko. Azken finean, ongizatearen eta justizia sozialaren helburuak partekatzen baitituzte.

Beti azpimarratzen da gizarte-langintzak gizarte-zerbitzuen eraikuntzan izan duen protagonismoa. Gizarte-zerbitzuen sorreran eta hasierako hamarkadetan, gizarte langintzak eragin handia izan zuen, baina egun, gizarte-politiken testuinguruan, indarra galtzen ari da. Urteak aurrera joan ahala, lanbidearekin gertatu ez den bezala, diziplinak ekarpen urriak egin dizkio gizarte-zerbitzuen sistemari, sistemaren diseinuan legerekin lotutako alderdiek pisu handiagoa baitute —pisu handiegia, guk uste— alderdi tekniko eta zientifikoek baino.

Sarreran aipatu bezala, maiz ikusi izan dugu badagoela halako tentsio-lotura bat gizarte-zerbitzuen eta gizarte-langintzaren artean, eta ez dela erraza bien arteko muga non den zehaztea. Gure

ustez, oraingoan ere berdin gertatzen da; izan ere, triangelu korapilatsua osatzen duten elementuak askatzeko ahaleginean, bien arteko lankidetzeta eta harreman osagarria sortu beharrean, batak besteari egotzi izan diote elementuak korapilatu izanaren ardura. Hala, Gizarte Zerbitzuen Euskal Sistemari ez zaio mesede egin, eta hura sendotzeko eta garatzeko lanak ere oztopatu dira, nahiz eta, gizarte-zerbitzuek eta gizarte-langintzak partekatzen dituzten ongizatea eta justizia soziala sustatzeari dagokionez, sistema hori erreminta garrantzitsua izan.

Gizarte Zerbitzuen Sistemaren sendotzea sustatzeko, ikerketaren defentsa egin beharra dago, ezagutzan inbertitu behar baita. Sistema sendotzeko, uste dugu gizarte-langintzaren diziplinak ekarpen interesgarriak egin ditzakeela, eta, gure aburuz, ezagutza zientifiko eta tekniko gehiago behar da horretarako. Gizarte-langintzak bere jarduerak sistematizatu behar ditu, sistemaren garapenerako onuragarria izango den ezagutza zientifikoa sortu eta etengabeko berrikuntza eta hobekuntza gauzatu ahal izateko. Hala, gizarte-zerbitzuen sorreran gertatu zen bezala, gizarte-langintzaren ekarpenaren aldarrikapena egin gurako genuke; izan ere, gizarte langintzak esku-hartze profesionala eskaintzen die gizarte-zerbitzuei, eta, era berean, gizarte-zerbitzuek gizarte-langintza profesionalki garatzeko modua ematen dute, nahiz eta harreman horiei buruz gutxitan mintzatzen garen.

Erreferentzia bibliografikoak

- AGUILAR HENDRICKSON, M. (2014): *Apuntes para un replanteamiento de los servicios sociales en España*, saila: Documentos de Trabajo del VII Informe sobre Exclusión y Desarrollo Social en España, 2.12. zb., Madril, Fundación Foessa, <http://www.foessa2014.es/informe/uploaded/documentos_trabajo/04112014034343_2219.pdf>.
- (2018): “Servicios Sociales comparados: entre la beneficencia y la inversión social”, in DEL PINO, E. eta RUBIO, M. (koord.), *Los Estados de Bienestar en la encrucijada*, Madril, Tecnos, 389.-404. or.
- AGUILAR IDÁÑEZ, M.J. (2013): *Trabajo Social: concepto y metodología*, Madril, Paraninfo; Gizarte Langintzako Kontseilu Orokorra.
- ARENAS, M. (2016): “¿Usuarios o ciudadanos? Intervención y participación en las políticas y servicios sociales”, *Comunitania*, 11. zb., 27.-43. or.
- BERASALUZE, A. (2011): “Dependentzia eta autonomia Gizarte Langintzan: lehena, oraina eta geroa”, in BERASALUZE, A. eta OVEJAS, C. (koord.), *Gizarte Langintzako IV. Jardunaldia: Mendekotasunetik Harantz*, Leioa, Euskal Herriko Unibertsitateko Argitalpen Zerbitzua, 29.-41. or.
- CAMPOS, J.F. eta CARDONA, J. (2019): “Trabajo Social relacional: una visión colaborativa”, in SOBREMONTÉ, E., eta RODRÍGUEZ BERRIO, A., *El Trabajo Social en un mundo de transformación: ¿distintas realidades o nuevos relatos para la intervención?*, Valentzia, Tirant to Blanch, 223.-270. or.
- DE LA RED, N. (1993): *Aproximaciones al Trabajo Social*, Madril, Gizarte Langintzako Kontseilu Orokorra; Siglo XXI.
- DE LAS HERAS, P. (2019): *Trabajo Social y Servicios Sociales*, Madril, Paraninfo; Gizarte Langintzako Kontseilu Orokorra.
- FANTOVA, F. (2008): *Sistemas públicos de servicios sociales: nuevos derechos, nuevas respuestas*, Bilbo, saila: Cuadernos Deusto de Derechos Humanos, 49. zb., Bilbo, Deustuko Unibertsitatea.
- (2019): “Naturaleza y esencia de los servicios sociales del futuro: el objeto a proteger y promover”, in PELEGRÍ, X. (koord.), *El futur dels Serveis Socials*, Bartzelona, Fundació Apip-Acam, 23.-41. or.
- (2021): “Nuestros servicios sociales tras un año de pandemia”, *Fantova.net*, otsailak 15, <<http://fantova.net/?p=3263>>.
- FERNÁNDEZ GARCÍA, T.; DE LORENZO, R. eta VÁZQUEZ, O. (2012): *Diccionario de Trabajo Social*, Madril, Alianza.
- FONBUENA, J. (2020): “La acción profesional del Trabajo Social: situación actual y prospectiva”, in FONBUENA, J. (koord.), *El Trabajo Social y su acción profesional*, Valentzia, Nau Llibres, 96.-132. or.
- FUSTIER, N. (2017): “El objeto de los servicios sociales: entre la norma y la teoría”, *Nuriafustier.blogspot.com*, apirilak 4, <<https://nuriafustier.blogspot.com/2017/04/el-objeto-de-los-servicios-sociales.html>>.
- GIZARTE LANGINTZAKO KONTSEILU OROKORRA (2012): *Gizarte Langintzako Kode Deontologikoa*, Madril, Gizarte Langintzako Kontseilu Orokorra.
- GIZARTE LANGINTZAKO NAZIOARTEKO FEDERAZIOA (2014): “Definición global del trabajo social”, Gizarte Langintzako Nazioarteko Federazioa, <<https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global>>

- definition-of-social-work/definicion-global-del-trabajo-social/.
- HERNÁNDEZ-ECHEGARAY, A. (2019): “Retos de los Servicios Sociales en España según la opinión experta en Trabajo Social”, *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, 26. zb., 123.-150. or.
- HUBER, M.; MAUCHER, M. eta SAK, B. (2006): *Study on Social and Health Services of General Interest in the European Union*, Viena, European Centre.
- JARAÍZ, G. (2011): *Intervención social, barrio y Servicios Sociales Comunitarios*, Madril, Fundación Foessa.
- MARTÍNEZ VIRTO, L. eta PÉREZ ERANSUS, B. (2018): “El modelo de atención primaria de Servicios Sociales a debate: dilemas y reflexiones profesionales a partir del caso de Navarra”, *Cuadernos de Trabajo Social*, 31. zb., 333.-343. or.
- OVEJAS, C.; ARIÑO, M. eta BERSALUZE, A. (2018): “Tópicos y claves para comprender el Trabajo Social”, in RAYA, E.; CAPARRÓS, N.; LORENTE, B. eta ANAUT, S. (koord.), *Ciencia y esencia en la práctica del Trabajo Social*, Valentzia, Tirant lo Blanc, 297.-312. or.
- RICHMOND, M.-E. (1917): *Social Diagnosis*, New York, Russell Sage Foundation.
- SANTOS, J. (2012): *El cuarto pilar. Un nuevo relato para los Servicios Sociales*, Paraninfo, Madril.
- SIIS CENTRO DE DOCUMENTACIÓN Y ESTUDIOS (2019): “Revisión de tendencias, innovaciones y buenas prácticas en el ámbito de los servicios sociales”, *Zerbitzuan*, 70. zb., 5.-31. or, <<https://doi.org/10.5569/1134-7147.70.01>>.
- URIBE, Joan (2019): “Rellenando espacios: hacia una ordenación de los sistemas de servicios sociales desde la respuesta a la complejidad”, *Zerbitzuan*, 68. zb., 75.-88. or., <<https://doi.org/10.5569/1134-7147.68.06>>.
- VÁZQUEZ, O. (2009): “Naturaleza, fundamentos, concreto, principios, objetivos, objeto y sujetos del Trabajo Social”, in FERNÁNDEZ GARCÍA, T. (koord.), *Fundamentos del Trabajo Social*, Madril, Alianza, 133.-160. or.
- VISCARRET, J.J. (2009): *Modelos y métodos de intervención en Trabajo Social*, Madril, Alianza.
- ZABALO, J. (2008): *Gizarte Langintzarako Sarrera*, Leioa, Euskal Herriko Unibertsitateko Argitalpen Zerbitzua.
- ZALAKAIN, J. (2018): “¿Cómo blindar los Servicios Sociales? Invertir en conocimiento”, *Blog_SIIS.net*, abendua, <<https://blog.siiis.net/2018/12/como-blindar-los-servicios-sociales/>>.
- (2019): “Desigualdad, exclusión y cuidados en los territorios de Euskal Herria: retos, fortalezas, consensos, disensos y posibilidades de avance”, in EUSKO IKASKUNTZA (ed.), *Eusko Ikaskuntzaren XVIII. Kongresua: Geroa Elkar-Ekin*, Eusko Ikaskuntza, Donostia, 465.-480. or.
- ZAMANILLO, T. (1999): “Apuntes sobre el objeto en Trabajo Social”, *Cuadernos de Trabajo Social*, 12. zb., 13.-32. or.
- (2018): *Epistemología del Trabajo Social. De la evidencia empírica a la exigencia teórica*, Madril, Ediciones Complutense.
- ZAMANILLO, T. eta NOGUÉS, L. (2020): “Carta abierta a profesionales u políticos de los Servicios Sociales en tiempos de la Pandemia del Covid-19”, Asociación Foro SERVSOCIAL Madril, <https://4f8bb68a-ed9b-44a6-bdf2-36b119d05fbb.filesusr.com/ugd/8fodee_a983ce2edd584dc2a32157ef5ecaod38.pdf>.

Derivo... pero no me olvido: claves para la efectividad de la intervención en servicios de atención psicosocial de servicios sociales

Marta Aja Abelán

Agintzari Sociedad Cooperativa de Iniciativa Social
martaaja@agintzari.com

Patricia García de Galdeano Ruiz

Agintzari Sociedad Cooperativa de Iniciativa Social
pgarciadegaldeano@gmail.com

Nerea Villanueva González

Agintzari Sociedad Cooperativa de Iniciativa Social
nereavillanueva@agintzari.com

Lan honi esker, aldaketa-prozesuaren eraginkortasuna iragartzen duten funtsezko faktoreak identifikatu ahal izan dira, bai eta gizarte-zerbitzuetako esku-hartzean aldaketa errazten ez duten aldagaiak ere. Esku-hartze psikosoziako zerbitzu batek egindako esku-hartze prozesuak aztertzen da bertan, 34 kasu dituen lagin bat aurkeztuta. Sei egoera zehazten dira, bideratzailearen, familiaren eta zerbitzu hartzailearen arteko harreman-jokoa aurkeztuz. Egoera horietako bakoitzean, familia-sistemaren aldaketa sustatzen duten estrategiak proposatzen dira. Familiarekin, bideratzailearekin eta esku hartzen ari diren beste profesional batzuekin izandako lehen harremanak azaltzen dira bertan, hauek baitira funtsezko faktoreak sistema terapeutikoa eraikitzeko, harreman-eskaera egiteko garaian gizarte-zerbitzuetako esku-hartzearen eraginkortasuna sustatzen duten estrategiak garatzeko.

GAKO-HITZAK:

Gizarte-zerbitzuak, bideratzea, eskaria, familiako esku-hartze psikoterapeutikoa, estrategia terapeutikoa, eraginkortasuna.

En este artículo se presenta un estudio que ha permitido identificar factores clave que predicen la efectividad del proceso de cambio y variables que no favorecen el cambio en la intervención en servicios sociales. Se han analizado los procesos de intervención llevados a cabo en un servicio de intervención psicosocial con 34 casos. Se definen seis escenarios en los que se detalla el juego relacional que tiene lugar entre la persona derivante, la familia y el servicio receptor, así como el proceso llevado a cabo. En cada uno de estos escenarios, se proponen estrategias de intervención que promueven el cambio; estrategias relacionadas con los primeros contactos con la familia, con la persona derivante y con otros profesionales que pudieran estar interviniendo, que serán factores clave para la construcción del sistema terapéutico, la elaboración de una demanda relacional y desarrollar estrategias que promueva la efectividad de la intervención en servicios sociales.

PALABRAS CLAVE:

Servicios sociales, derivación, demanda, intervención psicoterapéutica familiar, estrategia terapéutica, efectividad.

1. Introducción

El presente artículo muestra un estudio acerca de la importancia del análisis de la derivación, la demanda, el establecimiento de la alianza terapéutica y la definición de un contexto profesional de cambio en las intervenciones terapéuticas en servicios sociales para promover su efectividad. Se trata de un primer acercamiento a la materia que requeriría de seguir profundizando en el tema.

El estudio ha consistido en el análisis de casos atendidos en servicios de atención psicosocial adscritos a servicios sociales de atención primaria. La población que se atiende presenta situaciones de crisis asociadas a factores de riesgo de: desprotección, dependencia y exclusión, según son descritos en el Decreto 185/2015, de 6 de octubre, de la cartera de prestaciones y servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales. El acceso a estos servicios se realiza siempre a través de la derivación de la persona usuaria por parte de la trabajadora social del servicio social de atención primaria. La derivación juega un papel fundamental en el proceso de intervención; se realiza mediante un documento escrito que la familia autoriza trasladar al servicio receptor y que se recibe previamente a la convocatoria de la primera entrevista con la persona usuaria. La información aportada en este documento permite, por un lado, realizar una primera hipótesis y una primera aproximación a lo que ocurre en la familia y, por otro, sitúa la intervención en el contexto de la institución.

Con frecuencia el profesional se encuentra con una familia que no ha realizado una demanda explícita de intervención terapéutica, sino que es “derivada” por otros profesionales que han detectado una dificultad o un problema susceptible de intervención desde otro contexto profesional. El profesional, por tanto, se encuentra teniendo que responder a una demanda que ha realizado otro profesional para la familia y con una familia que no manifiesta un deseo de trabajar en aquello que otro profesional ha pedido para ella. Tres son los elementos a tener en cuenta en la intervención cuando esta tiene lugar en una institución y sobre los que tenemos capacidad de actuación para comenzar a promover el cambio. Estos elementos se dan en la interacción entre el sistema familiar y el sistema profesional: el contexto en el que tiene lugar la intervención; la demanda de la familia y de otros profesionales sobre esa familia y la capacidad de establecer una alianza o un vínculo terapéutico. Ambos, familia y profesional, han de respetar el marco de trabajo donde tiene lugar la intervención: la institución, que definirá normas para ambos sistemas, así como para la interacción entre ellos. (Villanueva y Aja, 2020: 49)

El grado de crisis que presenta la familia, es decir, el grado de angustia que presentan sus miembros en el momento en que se realiza la demanda,

determinará de alguna manera la disposición a recibir ayuda y a realizar cambios. Asimismo, la relación de fuerzas homeostáticas, que tienden al no cambio y buscan la estabilidad para aplacar la crisis y que nada cambie (Fishman, 1989) y de fuerzas morfogénicas, las que tienden al cambio (Maruyama, 1960), ambas presentes en la demanda, determinan la motivación para el cambio que junto con cómo se da el proceso de la derivación generan en la familia unas expectativas respecto al proceso que van a realizar. El análisis de la derivación y de la demanda realizada, tanto por el derivante como por la persona usuaria, se considera un factor clave para promover procesos de cambio en un servicio de intervención psicosocial en el contexto de servicios sociales. La demanda y la derivación son los vehículos a través de los que se inicia la interacción entre el profesional derivante, la familia y el servicio receptor. El análisis de ambas permite identificar qué aspectos hay que tener en cuenta de cara a evitar la cronificación de la intervención.

El objetivo general del estudio es la definición de estrategias que promuevan la efectividad de la intervención psicosocial en servicios sociales. Los objetivos específicos del estudio han sido:

1. Identificar factores clave que fomentan la morfogénesis y variables, que actúan como factores homeostáticos en la intervención psicosocial en servicios sociales.
2. Definir estrategias de intervención que promueven la morfogénesis del sistema familiar e identificar claves relacionadas con la definición del contexto de intervención y el manejo de los primeros contactos con la familia y con la persona derivante.

La intervención psicoterapéutica llevada a cabo en los casos analizados ha sido de orientación sistémica, siguiendo a Esther Villegas Castrillo y Antonio José Bellido Alonso (1992), la perspectiva sistémica parte de la concepción de la realidad como algo único donde se entiende el sistema cognoscitivo como un conjunto de elementos que se interrelacionan conforme a un modelo específico. Cada una de las partes está en conexión con las demás y algún cambio provocado en una de las partes produce un cambio en el conjunto, entendiéndose los problemas como manifestaciones de crisis de vida del sistema en el que el individuo se encuentra, tratándose de modificar entonces la situación que vive la persona y no a la persona fuera de su contexto. Annamaria Campanini y Francesco Luppi (1991: 113), añaden que “se podrá observar al individuo en la familia, a la familia en la red familiar o en el contexto social, y, además, al Asistente Social en el servicio, al servicio en la institución o en el contexto social, y, además, al Asistente Social y a la familia como sistema relacionado con el servicio y con el contexto social, y así sucesivamente”. Llevado a nuestro ámbito podríamos incluir al profesional de la psicología, donde hacen referencia al asistente social.

La importancia del análisis de los elementos clave en la derivación a un contexto profesional de intervención terapéutica en servicios sociales, y su influencia en la efectividad de la intervención, ha sido ampliamente desarrollado en la bibliografía; a continuación, se señalan los autores y los planteamientos teóricos tomados como referencia para el estudio.

Una de las claves que se ha analizado ha sido el tipo de relación entre la persona derivante y la familia, descrita por diferentes autores. (Selvini *et al.*, 1980; Masson, 1987; Campanini y Luppi, 1991). El tipo de relación que se establece entre el derivante y la familia, así como las características del contexto donde tiene lugar la intervención, influyen en cómo el derivante formula la demanda de intervención al servicio receptor, activándose con frecuencia luchas de poder entre familia, derivante y terapeuta.

El análisis del juego relacional que se define entre la persona derivante, la familia y el terapeuta es un factor clave que proporciona información útil a la hora de iniciar el proceso de cambio. Cuando el derivante ha definido con la familia una relación en la que la distancia emocional propicia sentimientos de omnipotencia, impotencia y omnipresencia, descritos por Maurizio Coletti y Juan Luis Linares, (1997: 23-44)¹ las alianzas y coaliciones con algún miembro de la familia son muy probables. Estos juegos relacionales van a influir en el modo de confiar a la familia al servicio receptor. Es probable que la persona derivante comience a interferir en el espacio terapéutico intentando dirigir las sesiones, los contenidos, la apertura y cierre de la intervención, etc. El manejo de estas interferencias es condición indispensable para evitar un desliz de contexto y minimizar la influencia de los factores homeostáticos en el proceso de cambio.

Según Alfonso Rodríguez (2013: 139) “la función terapéutica, las intervenciones que promueven el cambio, no están en el contrato, sino en la relación que se establece”. En servicios sociales es poco probable contar con la colaboración espontánea de las personas usuarias en el proceso terapéutico; en ocasiones, la situación obliga a que acudan desde un contexto coercitivo; en otras, acuden por lealtad al derivante o bien perciben que dependen otras prestaciones o ayudas de la relación con la persona derivante. En estas circunstancias cobra especial relevancia la capacidad por parte de la persona del terapeuta de construir una alianza terapéutica sólida con la familia. El éxito de la construcción de la alianza por parte del terapeuta varía en función

del tipo de persona usuaria y también de cómo el profesional consigue el ajuste entre ambos (Relvas y Sotero: 2014). Valentín Escudero (2009: 100-113) señala que “las dimensiones de la alianza de trabajo con la familia deben guiar el proceso inicial para conseguir actitudes de colaboración en la familia hacia el contexto de la intervención desde los servicios sociales, [...] la alianza de trabajo tiene que ver con todas las tareas que se realizan en la intervención y tiene que ver no solo con la relación entre el profesional y la familia, sino también con la relación de los miembros de la familia entre ellos y de los diferentes profesionales implicados en la intervención entre ellos”. El establecimiento del vínculo terapéutico no solo depende de la familia y de la figura del terapeuta, sino también de la relación de la persona derivante con la familia y de los juegos relacionales con los que se presentan la derivación y la demanda, que de no tenerse en cuenta afectarán a la efectividad del proceso de cambio.

La demanda para trabajar en servicios sociales se presenta mediatizada por los objetivos del derivante, tal y como explica Alfonso Rodríguez (2013: 239): “Los servicios que derivan a las familias evidentemente comparten una historia previa con esta; la historia compartida implica tiempo de relación, determinadas vivencias marcadas por el fracaso, la cronicidad, la decepción, etcétera, entre la propia familia y los profesionales. Esta historia previa conforma la demanda que recibe el servicio de familia; esta demanda se realiza con unos objetivos explícitos, pero también, en ocasiones, con una agenda oculta (Douglas Carl y Gregory J. Jurkovic, 1983)”.

La demanda en servicios sociales presenta similitudes con la demanda en toxicomanías, tal y como la describe Juan Antonio Abeijón (1987): “La demanda se ha descrito en ocasiones como un juego interrelacional a base de trampas a sortear en la relación, como pruebas que el demandante propone a su interlocutor. Dependerá de la destreza de este para sortearlas, la posibilidad de establecer unas relaciones que permitan el cambio o bien perpetuar el conflicto y los síntomas... El contexto aparece confuso e indeterminado... Esta confusión hace que se presente la demanda como un juego de poderes, como una relación entrampada en alguna de sus características que es necesario aclarar antes de iniciar propiamente un tratamiento”. Entre los juegos de poder con los que se presenta la demanda, Abeijón señala: la urgencia, la dramatización, la delegación y el pseudoacuerdo. A continuación, se describe en qué consiste cada uno de los juegos de poder:

- En el pseudoacuerdo, la familia expresa “el acuerdo” de trabajar sobre su síntoma o problema determinado, pero, en el fondo, entre los distintos miembros de la familia no hay un acuerdo, sino que tienen una agenda secreta de los objetivos que cada uno pretende conseguir.
- En la delegación se cede al profesional la responsabilidad, el esfuerzo y el protagonismo necesarios para cualquier proceso de cambio.

¹ Omnipotencia (entendida como un estado ilusorio de creer que puede cambiar una dinámica tan disfuncional; se sitúa en una posición poco menos que de salvador y la familia, de salvada), impotencia (cuando aparecen las recaídas, entonces la desilusión, la inutilidad, la sensación de incompetencia, la soledad empañan la visión de sí mismo y del caso) y omnipresencia (en la medida en que, si la familia realiza algún cambio, el profesional tiene que estar presente o incluso “cómo se va a producir un cambio sin estar yo”), Coletti y Linares (1997: 23-44).

Si se acepta este juego, el profesional se pone a buscar soluciones que la familia puede rechazar pasivamente.

- La dramatización pretende provocar en los profesionales la activación de dar las respuestas inmediatas que nos demandan. La dramatización exagera la gravedad y el profesional puede sentirse obligado a construir soluciones agrandadas que presupongan la incapacidad de la familia, reforzando los sentimientos de incapacidad e impotencia con que muchas familias se presentan a tratamiento. En sentido contrario, se puede presentar con una ausencia total de respuesta emocional, con discurso anímico y sin energía ante cualquier intervención del profesional como una manera de controlar los intentos de cambio.
- En la urgencia, para un problema de años de evolución y cuya solución no es inmediata, se exige al profesional una respuesta inmediata. Esta circunstancia nos muestra una regla habitual del sistema, un modo de actuar que impide pararse a pensar en una evaluación sobre las causas que están determinando el síntoma o problema. Si admitimos la norma, perdemos el poder de contextualizar una evaluación. Si rechazamos de plano esta forma de pedir ayuda, posiblemente no vuelvan.

Hemos de tener en cuenta también el análisis de la forma en que se presenta la demanda y los elementos de esta. Robert Neuburger (1984) define tres elementos a analizar en la demanda para poder construir a partir de ella una intervención psicoterapéutica: el síntoma o problema como testigo de conflicto; el sufrimiento que resulta de ello; y la solicitud de ayuda a un profesional. La confluencia de estos tres elementos en la petición de ayuda es indispensable para poder construir una intervención, tanto sea individual, familiar o de red.

La historia previa del derivante con la familia es una variable que entra en el juego relacional con el que se presenta la demanda al servicio. Las características de los juegos relacionales que se dan entre el derivante, la familia y el servicio que recibe la petición de un proceso de cambio exigen minimizar los factores morfoestáticos asociados a esos juegos relacionales y potenciar los factores morfogénicos presentes en la demanda. Sortear las trampas de la demanda y establecer la alianza terapéutica se consideran factores clave para guiar el proceso de intervención.

El análisis de cómo se ha presentado la demanda y la derivación, así como la efectividad de la intervención en los casos estudiados, ha permitido describir diferentes escenarios en los que se detallan los factores homeostáticos y morfogénicos identificados, así como las estrategias seguidas para fomentar procesos de cambio.

2. Metodología

Se ha realizado un estudio sistematizando la recogida de información acerca de los juegos relacionales con los que se presenta la demanda y la derivación, así como de la efectividad del proceso terapéutico. El análisis posterior de esta información permite identificar variables, que actúan como factores homeostáticos en la intervención sistémica en un contexto terapéutico en servicios sociales, e identificar claves que promuevan la morfogénesis del sistema terapéutico.

Se han analizado treinta y cuatro familias con las que se había llevado a cabo una intervención psicosocial desde servicios sociales. Para la elección de la muestra, el criterio ha sido estudiar los primeros treinta y cuatro casos a los que se les había administrado los cuestionarios diseñados *ad hoc*. La característica común a todas las familias, cuyos procesos de intervención psicosocial han sido analizados, es el hecho de haber sido derivadas por la trabajadora social de referencia de los servicios sociales de atención primaria al servicio de intervención psicosocial. La trabajadora social valora la existencia de indicadores de malestar emocional asociados a las situaciones de desprotección, dependencia y exclusión y propone la atención desde el servicio de intervención psicosocial. En algunos de los casos el problema trabajado ha sido detectado por parte de los recursos comunitarios: centros escolares, asociaciones, etc.

Los cuestionarios diseñados para la sistematización de la recogida de información han sido tres: cuestionario del terapeuta, cuestionario de satisfacción administrado a los miembros de la familia y ficha de presentación de caso al equipo de intervención.

Con el fin de garantizar una recogida de información de forma homogénea el equipo de terapeutas familiares que ha participado en el estudio ha sido entrenado en la administración de los cuestionarios, en el conocimiento de cada una de las categorías y en la presentación de los casos, en función del proceso llevado a cabo desde la derivación hasta la finalización de la intervención. Para la administración de los cuestionarios los miembros del equipo se han entrenado, durante un año, en el análisis de la información de una forma estandarizada a través de la lectura de bibliografía relacionada con las categorías y conceptos recogidos en los cuestionarios, así como en la pasación de los mismos. Esto ha permitido que en el equipo de intervención se revise, analice y contraste la información recogida para solventar las dificultades o incidencias que habían surgido durante el entrenamiento y homogeneizar así los criterios para la recogida de información.

El procedimiento se ha llevado a cabo mediante la exposición del caso por parte de la terapeuta que intervino con la familia (a través de la ficha de

presentación de caso) y el diálogo con el equipo en el espacio de intervención, en el que el relato de la profesional cobra nuevo sentido y significado. La intervención “se trata de un proceso de aprendizaje autorregulador, el cual se orienta en las experiencias, conocimientos y recursos humanos en general de los miembros del equipo de trabajo, que son los que se supervisan mutuamente. Se generan nuevas ideas, alternativas de acción y soluciones conjuntas a un problema existente, ya que todas/os los integrantes de un grupo de Intervisión son profesionales y expertos en sus ámbitos laborales y en los procesos que surgen en las tareas cotidianas” (Interact en diálogo S.C.P., 2016, y Hendriksen, 2000, en Brinkmann, 2013, citado en Burkhard, 2018: 9).

Con el fin de disminuir la aparición de sesgos, durante la ejecución del estudio una terapeuta “ciega” (que no había intervenido en el caso, actuaba como mera observadora del diálogo que se generaba entre los miembros del equipo de intervención), a partir de la reflexión del equipo, ha recogido la información de las siguientes variables: los juegos relacionales con los que se presenta la derivación y la demanda, y la efectividad de la intervención. Posteriormente se ha estudiado la información recogida con el fin de analizar los factores homeostáticos y morfogénicos que determinan el proceso de cambio.

Para evaluar la efectividad de la intervención terapéutica se han estudiado cuatro variables: la percepción de la familia acerca de la utilidad del proceso terapéutico; la percepción de la terapeuta de esa misma utilidad; la percepción referida por la familia de la mejora de los problemas; y, por último, la percepción que tiene la terapeuta de la mejora de los problemas de la familia. La información de estas variables se ha recogido a través de los cuestionarios administrados al terapeuta y a la familia.

Se ha realizado un análisis de la información obtenida en la que se ha procedido al estudio de los cuestionarios administrados y, posteriormente, se ha llevado a cabo un proceso de codificación y de clasificación en categorías. Se han agrupado los casos que compartían las mismas categorías y se han analizado qué características compartían esos casos.

3. Resultados

3.1. Efectividad del proceso terapéutico

En cuanto a la efectividad del proceso terapéutico, los resultados muestran que en un 71 % de los casos analizados, todos los miembros de la familia describen la terapia como útil, coincidiendo con la percepción de la terapeuta en cuanto a utilidad en un 68 %.

De los 34 casos, en el 59 % coincide que tanto la familia como la terapeuta perciben mejoría en los problemas que presentaba la familia. En uno de los

casos la familia ha percibido mejoría, mientras que para la terapeuta siguen igual.

En cuanto a la discrepancia entre terapeuta y familia en relación con la utilidad de la terapia y mejoría de los problemas, se han encontrado los resultados detallados a continuación.

En un 15 % de los casos, uno de los miembros de la familia no estaba de acuerdo con que la terapia hubiese sido útil, discrepando de la percepción del resto de la familia y de la terapeuta. En este 15 %, en cuanto a la mejoría de los problemas, en uno de los casos todos los miembros y la terapeuta consideran que han mejorado. En tres casos un miembro discrepa del resto y de la terapeuta, opinando que no ha habido mejoría. En otro caso coincide la percepción de no mejoría en la familia y en la terapeuta.

En un 6 % de los casos, solo uno de los miembros de la familia califica como útil la terapia, discrepando de los otros miembros; la terapeuta ha calificado de útil la terapia en estos dos casos. De estos dos casos, en uno de ellos la terapeuta y uno de los miembros perciben mejoría en los problemas de la familia, discrepando del resto de miembros. En el otro caso todos los miembros de la familia perciben mejoría en los problemas que presentaban, discrepando de la terapeuta que considera que los problemas siguen igual.

En un 6 % de los casos, tanto la familia como la terapeuta califican de no útil la terapia y solo uno de los miembros de una de las familias considera que los problemas han mejorado a pesar de calificar la terapia como inútil, mientras que la terapeuta considera que los problemas de las familias siguen igual que al inicio del proceso. Una de las familias no responde a las preguntas, lo que representa un 3 % del total.

3.2. Análisis de categorías

De los 34 casos analizados, se han encontrado coincidencias en cuanto a los juegos relacionales de poder del derivante y de la familia en 31. Los casos se han agrupado en seis categorías. En tres casos no se ha observado coincidencia en cuanto a las trampas de la demanda. Las categorías identificadas han sido los siguientes:

- Categoría 1: cuando el derivante presenta la demanda desde la urgencia y la familia desde el pseudoacuerdo.
- Categoría 2: cuando el derivante presenta la demanda desde la delegación y la familia desde el pseudoacuerdo.
- Categoría 3: cuando el derivante presenta la demanda desde la dramatización y la familia desde el pseudoacuerdo.
- Categoría 4: cuando el derivante presenta la demanda desde la dramatización y la familia también desde la dramatización.

- Categoría 5: cuando el derivante presenta la demanda desde la urgencia y la familia desde la dramatización maximizada.
- Categoría 6: cuando el derivante presenta la demanda desde pseudoacuerdo y la familia desde el pseudoacuerdo.

A continuación, se presentan los resultados de cada una de las categorías.

CATEGORÍA 1. ES URGENTE QUE SE PONGAN DE ACUERDO: CUANDO EL DERIVANTE PRESENTA LA DEMANDA DESDE LA URGENCIA Y LA FAMILIA DESDE EL PSEUDOACUERDO

Los cinco casos analizados en esta categoría suponen un 15 % del total de los casos estudiados. En esta categoría la demanda de la familia se presenta desde un pseudoacuerdo y el sufrimiento de uno de los miembros o de la familia activa en el remitente una derivación desde la urgencia. Esta situación se ha observado en una familia donde la madre fallece de cáncer y el padre y sus dos hijos menores de edad están recibiendo apoyo psicológico individual, desde una asociación donde el tratamiento finaliza a los dos años. La profesional de la asociación solicita a servicios sociales atención psicológica para uno de los hijos antes de que finalice el tratamiento, preocupándole que el cierre de su intervención sea vivido como una nueva pérdida. En la entrevista que el padre mantiene con la trabajadora social, este refiere que tiene discusiones frecuentes con el hijo, no consigue que acuda al colegio, no sale de casa, pasa mucho tiempo en su habitación y pide ayuda manifestando que se siente solo; su único hermano, que es quien le apoya en la crianza de los hijos, también ha enfermado de cáncer con mal pronóstico.

Cuando se dan las condiciones descritas en este apartado, para proponer un contexto relacional que sea aceptado por todos los miembros de la familia se hace necesario dar una respuesta, previa al inicio del proceso terapéutico con la familia, a la profesional que propone la necesidad de intervención. En este caso, se mantuvieron varios contactos con ella en los que la terapeuta se acomodó a la urgencia, respondiendo a su demanda, asegurándole que se iba a hacer cargo del caso a la vez que introducía una perspectiva relacional del problema que presentaba la familia. Responder a la derivante facilita construir con la familia una demanda, a la vez que se le asegura a la profesional que se va a respetar el ritmo de la familia. La familia hacía una demanda desde el pseudoacuerdo: el padre estaba interesado en elaborar el duelo por la pérdida de la mujer; los hijos piden que el padre esté más presente como padre y de forma explícita, toda la familia señala que el problema de la familia es el absentismo escolar del hijo mayor. Pareciera que el absentismo escolar consigue aunar a la familia entorno a la preocupación por el sufrimiento del hijo mayor, focalizando en éste, se evita abordar la situación desde una perspectiva relacional que daría la oportunidad a la familia de reorganizarse tras la pérdida de la madre.

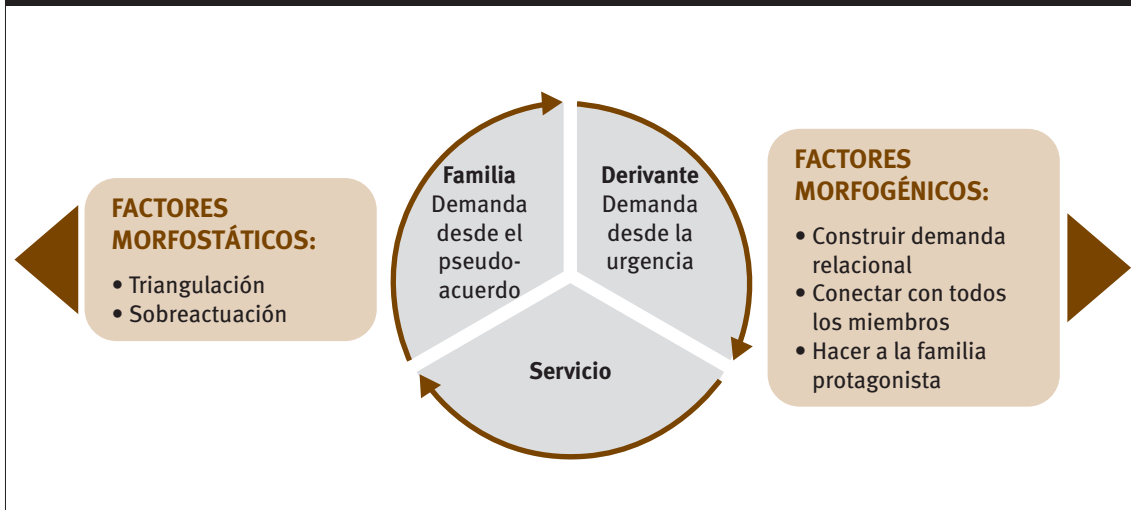
En los primeros contactos, como se describe en el caso, es necesario responder tanto a la derivante como a la familia; hay que procurar tender un puente entre la demanda del derivante y la de la familia, incluyendo al derivante como miembro que interacciona con la dinámica familiar que mantiene el problema. Atender únicamente el duelo del hijo mayor no resuelve la necesidad del sistema familiar de reorganizarse tras el fallecimiento de la madre. Si se responde a la urgencia del derivante, sin pararnos a comprender cuál es el funcionamiento del sistema derivante-familia, se dificultan los procesos de cambio del sistema familiar.

Responder al sistema derivante-familia minimiza la posible sobreactuación del derivante con el caso, pudiendo desde su urgencia activar más servicios o incluso derivando a la familia a otros profesionales, a la vez que nos damos tiempo para poder comprender qué es lo que sucede en la familia y redefinir el problema como un problema relacional que tenga sentido para todos los miembros. En estas situaciones, si no somos capaces de manejar los juegos relacionales, existe una alta probabilidad de triangulación entre familia y servicios (Carl y Jurkovic, 1983). Estas situaciones triangulares se dan cuando bien la familia o el profesional incluyen en la intervención a otro servicio para disipar la tensión y favorece que en ocasiones la familia reciba mensajes contradictorios, aliándose con uno y abandonando al otro.

De los casos estudiados en esta categoría, se observa que en el 80 % la petición de cambio proviene principalmente del derivante, elemento clave con poder sobre el proceso de cambio de la familia. En estas situaciones es necesario tener en cuenta cómo interactúa el derivante con el sistema familiar y con el sistema terapéutico. Si somos capaces de responder a su demanda, la familia se sentirá con permiso para iniciar una nueva alianza terapéutica. En este caso, se propone construir la demanda de intervención con el miembro que presenta mayor sufrimiento que suele ser el que activa la urgencia de la persona derivante. Para establecer la alianza terapéutica con todos los miembros de la familia, en algunos casos es necesario iniciar la intervención con un solo miembro para conseguir que este traiga al espacio terapéutico a los otros miembros. Los datos obtenidos a través de los cuestionarios de satisfacción muestran que en el 80 % de los casos de esta categoría, los miembros de la familia presentan discrepancias en cuanto a la ayuda que esperaban del servicio al inicio; así, un 44 % de las personas esperaba ayuda de la intervención y el 56 % no esperaba mucho de la ayuda que recibiría en el servicio.

La construcción de una buena alianza terapéutica exige manejar el pseudoacuerdo con el que se presenta la demanda de la familia. En este sentido, al finalizar el proceso terapéutico, las familias destacan como cualidad de la terapeuta la capacidad para comprender los diferentes puntos de vista de cada uno de los miembros de la familia, lo que facilita el

Figura 1. Factores morfoestáticos y morfogénicos asociados a la categoría 1



Fuente: Elaboración propia.

establecimiento de la alianza terapéutica con todo el sistema familiar. Minimizar las posibilidades de triangulación entre el servicio derivante y el receptor también es requisito para el establecimiento de la alianza terapéutica. En este sentido, un aspecto clave que ayuda a manejar la posible triangulación y favorecer el proceso de cambio de la familia es hacer a la familia protagonista de su proceso, aumentando espacios en los que sean ellos los que hablen de sí mismos con los profesionales. De esta manera, se minimiza la posibilidad de que los profesionales realicen funciones sustitutorias de la familia, asumiendo el protagonismo del proceso de cambio. La Figura 1 representa de forma gráfica los principales elementos de esta categoría.

En cuanto a la efectividad del proceso terapéutico, los resultados muestran que en un 80% de los casos todos los miembros de la familia describen la terapia como útil y refieren mejoría en cuanto a los problemas. Se observa en un 20% de los casos que uno de los miembros de la familia ni estaba de acuerdo con que la terapia hubiese sido útil, ni con la mejoría de los problemas, discrepando de la percepción del resto de la familia y de la terapeuta. La percepción de la terapeuta en cuanto a la utilidad de la terapia y a la mejoría de los problemas en todos los casos coincide con la de la familia, considerando útil la terapia y también que los problemas de la familia han mejorado. Según la información obtenida, podemos concluir que los procesos terapéuticos llevados a cabo con estas familias han sido efectivos.

CATEGORÍA 2. HAZ TÚ LO QUE ME PIDE ESTA PERSONA, QUE SE SIENTE INJUSTAMENTE TRATADA POR SU FAMILIA: CUANDO EL DERIVANTE PRESENTA LA DEMANDA DESDE LA DELEGACIÓN Y LA FAMILIA DESDE EL PSEUDOACUERDO
Los cinco casos analizados en esta categoría suponen, al igual que en la anterior, un 15% del total.

En todos los casos de esta categoría coincide que algún miembro de la familia acusa o señala a otro miembro como el responsable del malestar familiar, tal y como describe Valentín Escudero (2009: 99); en estas situaciones es altamente probable que este miembro de la familia consiga coaligar al derivante, al presentarse como víctima. El derivante delega en el proceso terapéutico la solución que propone este miembro de la familia, sin que haya consenso con el resto de miembros.

En uno de los casos analizados, una madre de 19 años con un hijo de dos y convive con el abuelo materno solicita ayuda económica a los servicios sociales. La madre explica a la trabajadora social que durante el embarazo se planteó dar al bebé en adopción, ya que ni ella ni su pareja se veían siendo padres. Explica también que sus padres le hicieron cambiar de decisión y que, finalmente, por la presión de estos, decidió criar al niño en solitario y se rompió la relación de pareja al no mantener el acuerdo de darlo en adopción. En su discurso refiere dificultades para vincular con el bebé, dando la razón a sus progenitores, que no la ven capaz de criarlo en solitario, por lo que solicita trabajar el vínculo con su hijo. A la vez, la derivante delega en el proceso terapéutico que se demuestre que la madre es incapaz de atender a su hijo, acorde a la primera solución de la madre de darlo en adopción.

Cuando se convoca a la familia a terapia, esta presenta una demanda desde el pseudoacuerdo: la madre se presenta incapaz de vincular con el bebé, los abuelos maternos insisten en mantenerlo en la familia y la derivante propone a la familia una línea de trabajo, reforzar el vínculo de la madre con su hijo, y al servicio demostrar que la madre es incapaz de atender a su hijo. Si la terapeuta activa que la familia acuerde una demanda a trabajar sin tener en cuenta al derivante es muy probable que se bloquee el proceso de cambio. En esta situación, el riesgo es que derivante

y terapeuta trabajen en direcciones diferentes: la terapeuta elaborando una demanda relacional (madre, bebé y abuelos) y la derivante una demanda individual con la madre, lo que coloca a la familia en un triángulo relacional entre servicios. El hecho de que los diferentes profesionales que intervienen con una familia trabajen en direcciones opuestas propicia el desliz de contextos. Por ejemplo, cuando la derivante pide a la terapeuta que trabaje el vínculo de la madre con el niño y, a la vez, parte de la familia y la propia derivante pretenden confirmar que la madre es incapaz de atender a su hijo.

En el caso referido, la madre es la pequeña de dos hermanos y sus progenitores están divorciados desde poco antes del embarazo de la hija. En las entrevistas mantenidas se observa una triangulación de esta hija en el conflicto de los progenitores; el embarazo puede ser leído como un intento frustrado de individuación, de autonomía, de búsqueda de salida del conflicto entre los progenitores. El cambio de decisión en cuanto a la adopción coloca de nuevo a la hija en situación de lealtad a la familia de origen y de necesidad de apoyo y cercanía emocional de esta. Las dificultades de la madre en la crianza del bebé acercan a los progenitores entre sí, que siguen ejerciendo la parentalidad de su hija y de su nieto, no afrontando la elaboración del duelo del divorcio.

La terapeuta ha de elaborar una demanda incluyendo la demanda del derivante, no aceptando la delegación, sino incluyéndole en la elaboración de la demanda familiar; de lo contrario, la efectividad del proceso terapéutico se verá comprometida en un escenario de luchas de poder entre los profesionales por los objetivos a lograr o por el proceso a seguir, y la familia se situará en un conflicto de lealtades entre los diferentes profesionales dándose isomorfismos (Bertalanffy, 1976), entre el sistema familiar y el sistema profesional al reproducirse en ambos las mismas pautas de interacción, alianzas, coaliciones y disfuncionalidades.

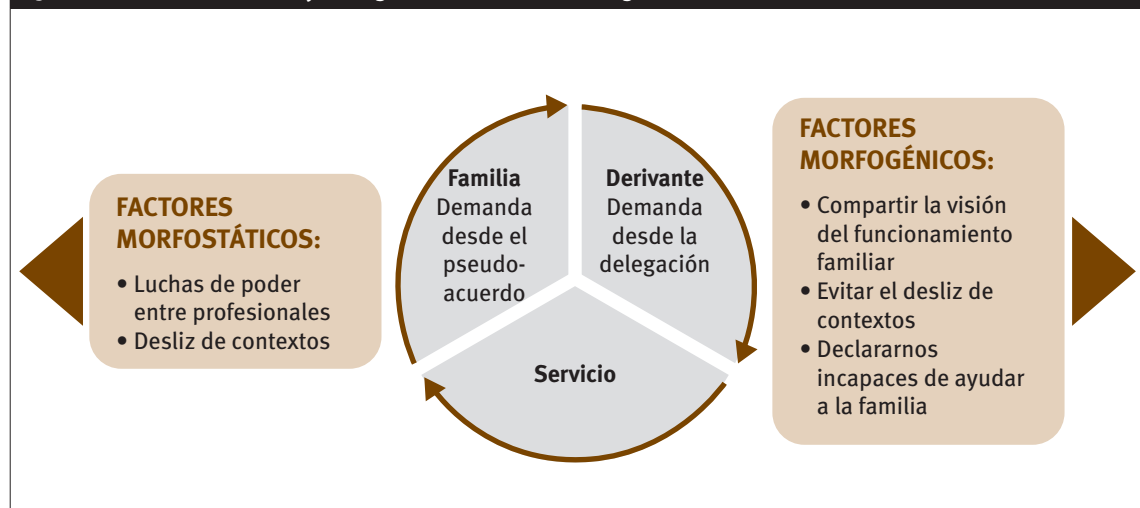
Para minimizar las luchas de poder se ha visto indicado acomodarse en un inicio a la percepción que tiene el derivante, a la vez que se va introduciendo información nueva en el sistema profesional-familia, que permita abrir el foco pasando de una situación en la que se señala a un miembro como el responsable del sufrimiento de la familia a una visión relacional del problema que afecta a toda ella, consensuando cuál es el problema a trabajar. En el caso que nos ocupa, las primeras sesiones se dedicaron a trabajar la demanda explícita —el vínculo madre-hijo— y poco a poco se fue abriendo el foco recogiendo información sobre la familia de origen, que fue corroborando la hipótesis y construyendo la demanda familiar, haciendo partícipe de esta a la persona derivante y compartiendo con ella la percepción sobre el funcionamiento familiar.

En estas situaciones se valora también indicado definir claramente los contextos de intervención evitando el desliz de estos; para bloquear las trampas relacionales será necesario clarificar constantemente el encuadre y el objeto de la intervención. En el caso descrito, el riesgo de desliz de contextos venía dado por la disonancia entre la demanda explícita y la implícita.

En caso de no conseguir compartir la visión con la persona derivante sobre el funcionamiento de la familia, se valora indicado y útil para el proceso de cambio de la familia declararnos incapaces de ayudarla, aceptando nuestro fracaso en el proceso de cambio. Intentar seguir interviniendo en un escenario de desliz de contextos y de luchas de poder entre profesionales atasca, cronifica y refuerza la homeostasis. Reducir estos factores de riesgo es la oportunidad para la familia de iniciar nuevos procesos de cambio exitosos.

La Figura 2 representa los factores morfoestáticos y morfogénicos asociados a esta categoría.

Figura 2. Factores morfoestáticos y morfogénicos asociados a la categoría 2



Fuente: Elaboración propia.

Las variables analizadas en cuanto a la efectividad del proceso terapéutico muestran que en un 60% de los casos todos los miembros de la familia describen la terapia como útil, mientras que en un 40% no todos los miembros de la familia coinciden en que la intervención haya sido útil. La terapeuta en todos los casos ha descrito como útil la terapia y ha percibido mejoría en los problemas que presentaban las familias. En un 80% de los casos, todos los miembros de la familia perciben que sus problemas habían mejorado. En dos familias, uno de los miembros no estaba de acuerdo con la mejoría de los problemas, discrepando de la percepción del resto de la familia y de la terapeuta. Según la información obtenida, podemos concluir que los procesos terapéuticos llevados a cabo con estas familias han sido efectivos.

CATEGORÍA 3. ES MUY GRAVE LO QUE ESTÁ PASANDO Y LA FAMILIA NO SE DA CUENTA: CUANDO EL DERIVANTE PRESENTA LA DEMANDA DESDE LA DRAMATIZACIÓN Y LA FAMILIA DESDE EL PSEUDOACUERDO

Los siete casos analizados en esta categoría suponen un 21% del total. En estas situaciones, el derivante presenta una demanda desde la dramatización y, a excepción de un caso, la petición de intervención se ha activado desde un recurso comunitario. El hecho de recibir una petición de intervención de otro recurso coloca al profesional ante la necesidad de responder no solo a la familia, sino también a otro profesional, lo que aumenta la probabilidad de buscar soluciones agrandadas, que a veces no facilitan la comprensión y evaluación de la situación de la familia. Entre esas soluciones agrandadas puede haber la derivación al servicio de intervención psicosocial, sin que la familia logre darle un sentido y un significado a la derivación, o lo que es lo mismo, lo que es un problema para los profesionales no es algo que preocupe a la familia, lo cual no quiere decir que la familia no tenga problemas.

En el caso de Mario, de diez años de edad, se solicita intervención psicosocial; según refiere la trabajadora social, el motivo que origina la petición tiene que ver con que el menor pertenece a una familia monoparental. Sus únicos familiares son su madre, de 45 años de edad, y su abuela materna. La familia recibe intervención socioeducativa y desde ese servicio también valoran indicado un apoyo psicológico al menor. Añaden en el motivo de la demanda que el menor tiene muchas fantasías en cuanto a la necesidad de un padre, se avergüenza del aspecto físico de su madre y el centro escolar al que acude ha trasladado preocupación en torno a la identidad sexual del menor debido a que le gusta que le llamen Ana. Esta situación está generando alarma en el profesorado, que anticipa preocupación acerca de cómo actuar si Mario manifiesta deseo de utilizar el baño y ducha de las chicas. El profesorado no confía en las capacidades de la madre para dirigir la conducta del hijo y no le informan de las dificultades que este está presentando en el colegio: no hace los deberes, llama la atención en clase, interrumpe,

etc. La madre manifiesta que, al desconocer las dificultades de su hijo en el colegio, no se había planteado la necesidad de realizar cambios en la supervisión de las tareas escolares, la conducta del menor en clase, etc.

La conducta de Mario logra la atención del profesorado, que se activa solicitando la intervención de los servicios sociales al interpretar como gravísimos sus comportamientos, a la vez que consideran que el menor no cuenta con referentes competentes en el entorno familiar. La trabajadora social recibe una petición acerca de una situación valorada como grave por el centro escolar, sobre la que actúa activando todos los recursos disponibles.

Cada miembro de la familia, por su parte, presenta una agenda secreta. En todos los casos analizados en esta categoría, uno de los miembros activa al recurso comunitario, que solicita al derivante una intervención agrandada para el problema que presenta la familia; se activa a los servicios sociales, presentando a uno de los miembros de la familia como el responsable del malestar o de los problemas que presenta el paciente identificado. El que es señalado como responsable del malestar adopta una actitud de víctima como contrarol. En este caso, Mario activa la preocupación del colegio, que responsabiliza a la madre del malestar de su hijo, y la madre se presenta como víctima del colegio al referir que en las reuniones le dicen que su hijo es revoltoso pero que le mira la agenda y no ve ninguna nota de las profesoras. Refiere dificultades con el hijo solo para que asuma responsabilidades en casa conforme a la edad y que en eso le está ayudando mucho la educadora. Cree que al hijo le puede preocupar el hecho de no conocer a su padre, pero la historia del padre de Mario es de mucho sufrimiento para la madre, por lo que ha decidido ocultársela para evitar conectar con ese sufrimiento. La madre acude a la psicóloga situando los problemas en el colegio, mientras que el hijo busca respuestas a sus orígenes, a su identidad. La madre en el cuestionario de satisfacción refiere que cuando más a disgusto se había sentido en el proceso terapéutico fue “el día que tuve que hablar de todo lo que llevo dentro”.

A pesar de las dificultades que el profesorado expresa con Mario, este acude contento al colegio, mantiene buena actitud con el profesorado y con los iguales. Se observa bajo rendimiento escolar y manifiesta miedo a quedarse solo y preocupación por la vulnerabilidad de su madre desde que falleció su abuelo materno. La conducta desafiante del niño tenía un sentido, se inicia tras la pérdida del abuelo materno que activa el temor a perder a su madre y hace que se cuestione sobre la identidad de su padre biológico. La derivación y la forma de presentar la demanda es desde la dramatización (sobre su identidad sexual, el temor del colegio porque quisiera utilizar las duchas de las chicas, etc.) y la solución que busca el derivante para la familia es para satisfacer al recurso comunitario que le solicita la intervención. En estas situaciones se corren dos

riesgos: el riesgo de perder la neutralidad al trabajar en la dirección propuesta por el recurso comunitario, que ha sido activado por uno de los miembros de la familia, y el riesgo de trabajar cuestiones a las que la familia no les encuentra un sentido que la adhiera a la intervención. Comenzar la intervención sin tener en cuenta la función del problema en el sistema familiar nos llevaría a poner el foco en la madre, responsabilizarla de la conducta del menor y perder la posibilidad de trabajar la relación y la historia en común de la madre y el hijo. Abordar la identidad sexual del niño como un problema, que la familia no percibe como tal, situaría a los profesionales y a la familia en libros diferentes.

En estas situaciones, el mantenimiento de los factores homeostáticos del funcionamiento familiar por parte del sistema profesional están garantizados al darse un isomorfismo entre familia y sistema profesional: el recurso comunitario, que es activado por el miembro de la familia que señala a otro como responsable del problema, se convierte en el altavoz de ese miembro, activando a su vez a la derivante, que busca una solución agrandada y que se acomode a la petición literal del recurso y al funcionamiento del recurso-familia.

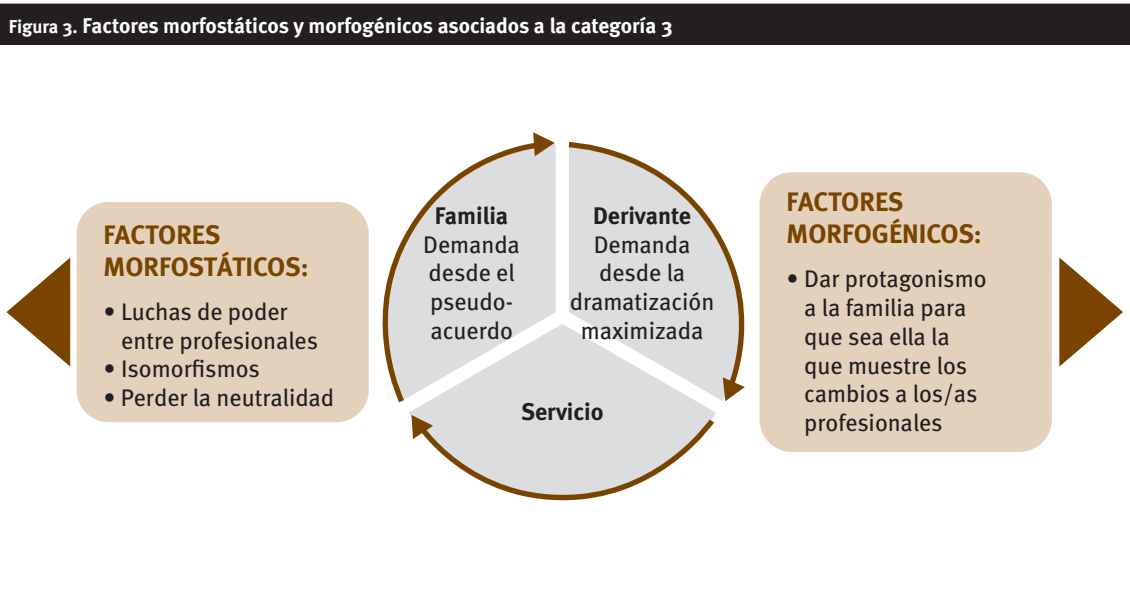
Comenzar la intervención con una derivación de estas características, tratando de introducir información nueva que ponga en claro el juego relacional entre la familia y el sistema profesional, tiene el riesgo de definir un escenario en el que los profesionales se sientan descalificados entablando una relación complementaria con la terapeuta, en la que los primeros adoptan una posición inferior y la segunda una posición superior dándose “un mutuo encaje de la relación en la que ambas conductas, diferentes, pero interrelacionadas, tienden cada una a favorecer a la otra” (Watzlawick, 1981: 69-70). Se corre el riesgo de definir una relación entre profesionales

caracterizada por la escalada simétrica: el recurso que activa la demanda percibe a un miembro como el responsable del malestar del otro, mientras que el recurso que se hace cargo de la intervención se empeña en mostrar dificultades relacionales. Dar información sobre el funcionamiento familiar fomenta la dramatización sobre el problema de la familia.

En los casos analizados se respondió al encargo de la derivante trabajando en aquello que ha solicitado, al menos al inicio del proceso; se propone una intervención en la que se garantiza que se trabaja aquello que solicita, acomodándonos a su visión del caso, a la vez que se va construyendo una demanda relacional con la familia y trabajando en el proceso de cambio para que sea la familia la que muestre a los profesionales los cambios logrados. Al percibir a la familia de otra manera se promueven también cambios en la relación entre el recurso que ha activado la derivación, la familia y la derivante.

La Figura 3 representa los principales elementos asociados a esta categoría.

Las variables analizadas en cuanto a la efectividad muestran que en un 86 % de los casos todos los miembros de la familia describen la terapia como útil, mientras que en un 14 % uno de los miembros no ha contestado a la pregunta. La terapeuta ha descrito como útil la terapia y ha percibido mejoría en los problemas que presentaban las familias en un 86 % de los casos analizados. En el 71 % de los casos, todos los miembros de la familia perciben que sus problemas habían mejorado, mientras que en el 29 % alguno de los miembros de la familia no estaba de acuerdo con la mejoría de los mismos, discrepando de la percepción del resto de la familia y de la terapeuta. Según la información obtenida, podemos concluir que los procesos terapéuticos llevados a cabo con estas familias han sido efectivos.



Fuente: Elaboración propia.

CATEGORÍA 4. ESTA FAMILIA DICE QUE ESTÁ MUY MAL Y YO TAMBIÉN LO CREO, POR ESO QUIERO QUE LA ATIENDAS TÚ: CUANDO EL DERIVANTE PRESENTA LA DEMANDA DESDE LA DRAMATIZACIÓN Y LA FAMILIA TAMBIÉN

Los ocho casos analizados en esta categoría suponen un 25,5% del total de los casos estudiados. En esta categoría la demanda de la familia se presenta desde la dramatización, la conciencia de problema por parte de la misma y el juego relacional presente en la demanda activan en el remitente una derivación desde la dramatización.

En los casos analizados en esta categoría la relación entre la familia y el derivante está definida por unos límites difusos. Estos límites difusos facilitan la realización de funciones sustitutorias por parte del profesional y que este se convierta en un miembro más de la familia; así, por ejemplo, en el caso de una familia con una trayectoria de varias generaciones en servicios sociales, tras una notificación del centro escolar al que acuden los menores en la que se informa de conductas disruptivas de los hijos de 15 y 8 años de edad, la trabajadora social se reúne con el centro escolar, entre otras cosas, para tratar de que este comprenda las dificultades de los progenitores a lo largo de su historia: infancia difícil, trabajos precarios, dificultades económicas, etc. El centro escolar recibe este mensaje como una alianza de la trabajadora social con los progenitores, en detrimento del bienestar de los hijos, y se define una relación caracterizada por la disonancia en la percepción de la familia entre ambos sistemas. En esta discrepancia, la profesional convoca a los progenitores y les propone acudir al servicio de atención psicológica con el propósito de ayudarlos, a la vez que propone intervención en otro recurso para los hijos.

La implicación del derivante en la posible solución de los problemas de la familia activa una demanda al servicio receptor en forma de dramatización, al igual que la demanda de la familia que también solicita ayuda, tratando de activar respuestas agrandadas por parte del profesional. En este escenario, las posibilidades de que las interacciones entre los profesionales y la familia se caractericen por isomorfismos son altas.

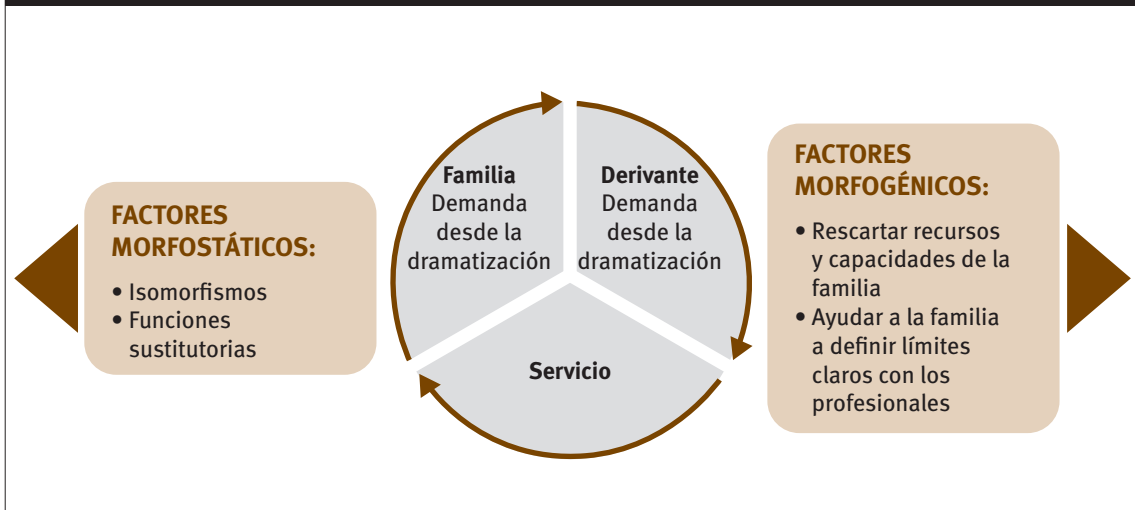
En el caso descrito, el reconocimiento sobre las capacidades y competencias de la familia se convirtió en un aspecto clave para el fomento de los factores morfogénicos. Se exploró con la familia qué cualidades les habían permitido resolver con éxito diferentes crisis a lo largo de su historia: la familia había sido capaz de criar a una hija de forma responsable, cuando un miembro de la familia presentaba dificultades permanecían los valores de ayuda a ese miembro, se mantenían unidos frente a las dificultades, y habían afrontado y superado crisis

importantes frente a las que otras familias podrían haberse visto incapaces. Este trabajo permitió que la familia solicitase reuniones con el centro escolar para interesarse por la evolución de los hijos. Para lograr cierto éxito en estos encuentros, se trabajó con la familia sobre las diferentes situaciones que anticipaban con temor: sentirse culpables y cuestionados como padres, no saber qué responder ante afirmaciones del colegio o cómo actuar, con miedo a perder el control ante posibles mensajes recibidos desde el colegio, etc. Pequeños logros en estos encuentros facilitaron que la familia se percibiese con algún grado de éxito y competencia y con la sensación de tener control, lo que permitió que tomase conciencia de sus capacidades y asumiese alguna pequeña responsabilidad a la hora de proponer cambios en la conducta de los hijos, sin sentirse culpables; en este sentido, cuando el colegio informa a los progenitores de que su hijo ha insultado a otro niño, tanto la tutora como los progenitores ponen consecuencias a la conducta del hijo. A medida que los progenitores se iban mostrando competentes en el ejercicio de las funciones parentales, el agente derivante dejaba de percibir que era necesaria su actuación para proteger a la familia.

Rescatar y reestablecer potencialidades y recursos de la familia se convierte en un factor morfogénico que permite, por un lado, disminuir la sustitución del profesional de las funciones de la familia, a la vez que fomenta las posibilidades de definir unos límites claros entre la familia y los profesionales. El trabajo sobre la definición de estos límites va a permitir que sea la familia la que se haga protagonista de su proceso de cambio en lugar de “dejarse hacer por los profesionales”, tal y como se describe en la Figura 4.

En cuanto a la efectividad del proceso terapéutico, los resultados muestran que en un 75% de los casos todos los miembros de la familia describen la terapia como útil y refieren mejoría en cuanto a los problemas. Se observa en un 12,5% de los casos que uno de los miembros de la familia ni estaba de acuerdo con que la terapia hubiese sido útil, ni con la mejoría de los problemas, discrepando de la percepción del resto de la familia y de la terapeuta. En otro 12,5% de los casos, tanto la terapeuta como la familia han calificado de no útil la terapia. La percepción de la terapeuta en cuanto a la utilidad de la terapia y a la mejoría de los problemas coincide en todos los casos con la de la familia. En uno de los casos tanto la familia como la terapeuta perciben empeoramiento en los problemas de la familia. La familia que ha percibido la terapia como no útil ha calificado mejoría en los problemas, discrepando de la terapeuta. Según la información obtenida, podemos concluir que el 75% de los procesos terapéuticos llevados a cabo con estas familias han sido efectivos.

Figura 4. Factores morfofostáticos y morfogénicos asociados a la categoría 4



Fuente: Elaboración propia.

A continuación, se presenta la información del análisis de las categorías que menos casos aglutinan.

CATEGORÍA 5. ES TAN GRAVE QUE ES MUY URGENTE: CUANDO EL DERIVANTE PRESENTA LA DEMANDA DESDE LA URGENCIA Y LA FAMILIA DESDE LA DRAMATIZACIÓN MAXIMIZADA

Los tres casos analizados en esta categoría suponen un 9% del total de casos estudiados. La dramatización maximizada con la que la familia expone la demanda activa, en ocasiones, la urgencia en el derivante a la hora de demandar ayuda para la familia. En estas situaciones la respuesta dada desde el servicio receptor ha de incluir la definición de un contexto en el que se responda tanto al derivante como a la familia. Introducir claves relacionales desde los primeros contactos, desfocalizar del paciente identificado e incluir al derivante en la introducción de esta clave relacional fomenta los factores morfogénicos.

En cuanto a la urgencia del derivante, hacerse cargo de la petición que hace para la familia, a la vez que se le piden pequeñas actuaciones que ayuden a introducir la mirada relacional sobre la demanda de ayuda, minimiza la urgencia con la que se presenta la derivación, así como la tendencia homeostática del sistema derivante-familia.

Con respecto a la efectividad del proceso terapéutico, los resultados muestran que en un 67% de los casos todos los miembros de la familia describen la terapia como útil y refieren mejoría en cuanto a los problemas coincidiendo con la percepción de la terapeuta. Se observa en un 33% de los casos que uno de los miembros de la familia ni estaba de acuerdo con que la terapia hubiese sido útil, ni con la mejoría de los problemas, discrepando de la percepción del resto de la familia y de la terapeuta. Según la información obtenida, podemos concluir

que los procesos terapéuticos llevados a cabo con estas familias han sido efectivos.

CATEGORÍA 6. LA DOBLE AGENDA SECRETA: CUANDO EL DERIVANTE PRESENTA LA DEMANDA DESDE PSEUDOACUERDO Y LA FAMILIA DESDE EL PSEUDOACUERDO

Los tres casos analizados en esta categoría suponen un 9% del total de casos estudiados. En estas situaciones la familia presenta un pseudoacuerdo en el planteamiento de la demanda; el derivante, a su vez, presenta la demanda de intervención pidiéndole una cosa al servicio mientras que a la familia le propone otra, proponiendo un escenario en el que el desliz de contextos es muy probable si no implementamos estrategias para prevenirlo.

En los casos analizados en esta categoría, el síntoma, el sufrimiento y la petición de cambio son presentados por el mismo miembro de la familia, mientras que la trabajadora social solicitaba ayuda para otros miembros. El marco de su contexto de trabajo le exige hacer un seguimiento de la situación de los menores y, desde el deber de atender posibles situaciones de riesgo en los niños/as, solicita la intervención del servicio para la persona que presenta la demanda, a la vez que pide al servicio que intervenga con toda la familia, con el objetivo de hacer un seguimiento de la situación de los menores. A su vez, la persona que aglutina los tres elementos de la demanda pide ayuda para cambiar conductas o comportamientos que de alguna manera cree que están afectando de forma negativa a los hijos, y siente que no cuenta con el apoyo del otro progenitor en la crianza y educación, lo que también afecta negativamente a los niños. Los miembros de la familia que no presentan elementos de la demanda, si son citados desde un inicio, acuden con el objetivo implícito de cubrir otros intereses distintos a los propuestos por el derivante y por el otro progenitor,

mientras que los hijos se encuentran atrapados en el conflicto de intereses de los progenitores, aliándose en ocasiones con uno y en ocasiones con otro.

Antes de iniciar un trabajo familiar en estas situaciones, es necesario proponer un trabajo individual con la persona que presenta los tres elementos de la demanda y desde este espacio individual responder a esta demanda, a la vez que se trabaja que esta persona acerque al espacio terapéutico a los otros miembros de la familia y se elabore una demanda relacional a la que la familia le dé un sentido y un significado que posibilite un abordaje familiar. Si iniciásemos un trabajo relacional sin que hubiese un acuerdo entre los miembros de la familia ni entre la familia y el derivante, aumentaríamos la homeóstasis del sistema; la terapeuta trabajaría en una dirección, cada miembro de la familia en otra y el derivante en otra o en otras. Para sortearlo se propone no trabajar de inicio lo relacional hasta que no obtengamos la alianza del que solicita la ayuda.

En cuanto a la eficacia de la intervención en esta categoría, en uno de los casos todos los miembros de la familia han valorado como útil la terapia y han percibido mejoría en los problemas y en cómo afrontarlos. En otro caso, dos miembros de la familia han valorado como no útil la terapia, discrepando del tercer miembro, mientras que los tres creen que los problemas no han ido a peor y uno de ellos considera que tampoco ha sabido cómo afrontarlos. En el tercer caso, a excepción de uno de los miembros, toda la familia considera útil la terapia y percibe mejoría en los problemas y en la forma de afrontarlos. En un 67% de los casos analizados en esta categoría puede decirse que la terapia ha resultado eficaz.

4. Discusión

El cliente último en un contexto de servicios sociales es la familia, pero para fomentar cambios en ella es necesario trabajar con el sistema derivante-familia, teniendo en cuenta que las estrategias de intervención variarán en función de los elementos morfoestáticos y morfogénicos que entren en juego.

El derivante a menudo está involucrado en el juego relacional de la familia, lo que dificulta mantener una distancia emocional óptima, y esto afecta a la actitud que adopta a la hora de derivar el caso a otro recurso, activándose unas trampas relacionales u otras. La puesta en marcha de estrategias para el manejo de estos juegos relacionales es necesaria para no bloquear los procesos de cambio.

El trabajo previo a la derivación es importante para fomentar procesos de cambio: si la familia acude con conciencia de problema y sabe qué se va a trabajar, son factores morfogénicos que van a ayudar a que la intervención tenga éxito. Si no tiene conciencia de problema y desconoce qué se va a trabajar, cuál es el contexto en el que tiene lugar la intervención,

esto será parte del trabajo a realizar en los primeros encuentros con la familia. Trabajar la conciencia de problema no quiere decir confrontar a la derivante —que está inmersa en el juego relacional de la familia—, ni a la familia con su visión del mundo y del problema de una manera muy disonante. La propuesta es acomodarse primero al funcionamiento del sistema derivante-familia, ajustarnos a su ritmo a su tiempo, e introducir información nueva de corte relacional que permita al sistema derivante-familia introducir cambios.

No es indicado entrar en escalada con el derivante acerca de lo que necesita la familia, no puede haber una pelea entre el derivante y el receptor del caso, porque ahí pierde la familia. Hacer a la familia protagonista de su proceso de cambio minimiza la posibilidad de entrar en escalada. Si se dan luchas de poder entre el derivante y el receptor por lo que cada uno considera que necesita la familia, esta se verá triangulada entre los servicios, perdiendo el poder y el protagonismo sobre su proceso de cambio.

La definición clara del contexto de trabajo, sus límites y su objeto facilitan que en las reuniones multiprofesionales no se den fricciones por quién tiene que hacer qué, evitando el desliz de contextos y las luchas de poder entre profesionales que suponen una sobreactuación para las familias (“ya estoy cansada/o de contar mi vida a tantas personas”) y la cronicidad de los procesos de cambio.

Un dato significativo que se obtiene del análisis de los treinta y cuatro casos es que en veinte de ellos la familia presenta la demanda desde el pseudoacuerdo. Las características del contexto de servicios sociales propician que la petición de ayuda se inicie en función de los intereses del miembro de la familia, que inicia el contacto con el sistema profesional; intentar implicar al resto de los miembros de la familia en los primeros contactos facilita la elaboración de una demanda relacional que aúne los intereses de todo el sistema y minimiza la posibilidad de triangulación del profesional entre los miembros de la familia.

5. Conclusiones

De los treinta y cuatro casos que se han estudiado, se ha priorizado mostrar los resultados del análisis de treinta y uno, al ser los que han permitido la agrupación en cada una de las categorías descritas.

Se han identificado seis juegos relacionales configurados entre el derivante, la familia y el servicio receptor, y se valora necesario seguir investigando tanto en torno a la identificación de otros juegos relacionales distintos a los descritos en el presente estudio, como a la posibilidad de nuevas investigaciones que permitan la generalización de las conclusiones presentadas. El estudio de más casos que puedan avalar los factores homeostáticos y morfogénicos identificados en cada categoría se

considera necesario para avanzar en la identificación de nuevas estrategias que favorezcan el cambio cuando la intervención tiene lugar en los servicios sociales.

La implementación de estas estrategias, así como el estudio de su influencia en los procesos de cambio,

permitirá a su vez que se minimicen las variables que atascan los procesos de cambio y la cronificación de la situación de las familias, y minimizará también el entrapamiento de los profesionales en triángulos relacionales, que no favorece el desarrollo de recursos, competencias y capacidades de las familias.

- ABEIJÓN, J.A. (1987): “Los sistemas en la demanda del toxicómano”, *Comunidad y Drogas*, nº 1, pp. 21-34, <<https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/pndcomunidadmono1.pdf>>.
- BERTALANFFY, L.V. (1976): *Teoría General de Sistemas*, México, Fondo de Cultura Económica.
- BURKHARD, J. (2018): *Intervisión. Asesoramiento entre compañeros/as, Cochabamba*, InterTEAM, Bolivia, p. 9, <<https://www.comundo.org/01%20DOKUMENTE/100%20Was%20wir%20bewirken/Bolivien/Manual%20de%20Intervision.pdf>>.
- CAMPANINI, A. y LUPPI, F. (1991): *Servicio Social y modelo sistémico. Una nueva perspectiva para la práctica cotidiana*, Buenos Aires, Paidós.
- CARL, D. y JURKOVLC, G.J. (1983): “Agency triangles: Problems in agency-family relationships”, *Family Process*, vol. 22, n 4, p. 441-451.
- COLETTI, M. y LINARES, J.L. (1997): *La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática: la experiencia de Ciutat Vella*, Barcelona, Paidós.
- ESCUADERO, V. (2009): *Guía práctica para la intervención familiar*, Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, Gerencia de Servicios Sociales, Junta de Castilla y León, <http://uiicf.net/wp-content/uploads/2014/06/Gu%C3%ADaPr%C3%A1cticaIF_VEscudero.pdf>.
- FISHMAN, C.H. (1989): *Tratamientos de adolescentes con problemas: un enfoque de terapia familiar*, Barcelona, Paidós.
- GOBIERNO VASCO (2015): Decreto 185/2015, de 6 de octubre, de Cartera de Prestaciones y Servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales, *Boletín Oficial del País Vasco*, nº 206, 29-10-15, pp. 1-87, <<https://www.euskadi.eus/y22-bopv/es/bopv2/datos/2015/10/1504561a.shtml>>.
- MARUYAMA, M. (1960): “Morphogenesis and morphostasis”, *Methodos*, vol. 12, nº 48, pp. 251-296.
- MASSON, O. (1987): “Contextos maltratantes en la infancia y coordinación interinstitucional”, *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, vol. VII, nº 23, pp. 531-556.
- NEUBURGER, R. (1984): *L' autre demande*, París, ESF Éditeur.
- RELVAS, A.P. y SOTERO, L. (2014): *Familias obligadas, terapeutas forzosos. La alianza terapéutica en contextos coercitivos*, Madrid, Morata.
- RODRÍGUEZ, A. (2013): “Teoría y práctica de la intervención sociofamiliar con familias Multiproblemáticas”, [tesis doctoral], Universidad Complutense, Madrid, <<http://eprints.ucm.es/17792/>>.
- SELVINI PALAZZOLI, M.; BOSCOLO, L.; CECCHIN, G. y PRATA, G. (1980): “The problem of the referring person”, *Journal of Marital and Family Therapy*, nº 6, pp.3-9.
- VILLANUEVA, N. y AJA, M. (2020): “Familias multiasistidas y profesionales ‘multiembrollados’ dificultades y potencialidades de la intervención en la institución”, *Zerbitzuan*, nº 70, pp. 43-60. <<https://doi.org/10.5569/1134-7147.70.03>>.
- VILLEGAS CASTRILLO, E. y BELLIDO ALONSO, A.J. (1992): “La teoría sistémica en el trabajo social: criterios de aplicación y observaciones críticas”, *Alternativas*, Cuadernos de Trabajo Social nº 1, pp.185-193, <https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5910/1/ALT_01_15.pdf>.
- WATZLAWICK, P. (1981): *Teoría de la Comunicación Humana*, Buenos Aires, Herder.

Descubre tu Potencial para Educar a tus Hijas e Hijos: un programa de parentalidad positiva

Enrique B. Arranz-Freijo

Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV/EHU)
e.arranzfreijo@ehu.eus

Florencia Barreto-Zarza

Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV/EHU)

Loli García-García

Servicio de Infancia y Familia, Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz

Silvia Sánchez-Pinedo

Servicio de Infancia y Familia, Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz

Aitziber Martínez de la Hidalga

Servicio de Infancia y Familia, Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz

Lan honetan, “Ezagutu zure seme-alabak hezteko ahalmena” programa aurkezten da. Programa honen bidez, familia-testuinguruaren kalitatearen ebaluazioa egiten da, eta, horretarako, 0-3 urte bitarteko haurrak dituzten familiei bisita egiten zaie etxean, hezkuntza, gizarte eta osasun esparruetatik abiatuta. Ebaluazioaren ondoren esku-hartze fase bat eta esku-hartze horren eraginaren ebaluazio bat egingo da. Emaitzek erakusten dutenez, gurasoen gaitasunei buruzko esku-hartze psikohezitzaileak, hala nola jolasa sustatzea, garapen kognitiboa sustatzea, estresari aurre egitea eta beste batzuk, hobetu egiten du familien jardura gaitasun horietan. Programa ezartzeko prozesuan, hobetu beharreko arloak aurkitzen dira, eta gurasotasun positiboaren gakoetan oinarritutako ekintza politikora bideratuko dira honen inplikazioak.

GAKO-HITZAK:

Familia, lehen haurtzaroa, familiako esku-hartzea, ahaidetasun positiboa, ebaluazio-programak, prebentzio-programak.

En este trabajo se presenta el programa Descubre tu Potencial para Educar a tus Hijos e Hijas, que consiste en una evaluación de la calidad del contexto familiar, realizada por medio de una visita domiciliar a familias con niños y niñas entre cero y tres años derivadas desde los ámbitos educativo, social y sanitario. La evaluación es seguida por una fase de intervención y de una evaluación del impacto de dicha intervención. Los resultados muestran que la intervención psicoeducativa sobre competencias parentales tales como la promoción del juego, la promoción del desarrollo cognitivo, el afrontamiento adaptativo del estrés y otras, mejora el desempeño de las familias en tales competencias. Durante el proceso de implementación del programa, se detectan áreas de mejora y se derivan implicaciones para la acción política basada en las claves de la parentalidad positiva.

PALABRAS CLAVE:

Familia, primera infancia, intervención familiar, parentalidad positiva, programas de evaluación, programas de prevención.

1. Introducción

El programa Descubre tu Potencial para Educar a tus Hijos e Hijas se enmarca en el desarrollo del II Plan de Infancia y Adolescencia (PLINA) del Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz, diseñado por el Servicio de Infancia y Familia perteneciente al Departamento de Políticas Sociales y Salud Pública. En el tercer objetivo de la primera línea estratégica del PLINA, aprobado en mayo de 2018, se señala la necesidad de promover el ejercicio de la parentalidad positiva por parte de madres y padres. Como desarrollo de este objetivo, el Servicio de Infancia y Familia en colaboración con el equipo de investigación Haezi-Etxadi de la Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV/EHU), ha elaborado un Programa de Parentalidad Positiva (Servicio de Infancia y Familia y Haezi-Etxadi, 2019) para ser aplicado en el periodo comprendido entre los años 2018-2022 y que fue aprobado el 11 de enero de 2019.

El programa tiene una vocación transversal interdepartamental y en sus líneas articula medidas de promoción de la parentalidad positiva en los diferentes departamentos del Ayuntamiento. La segunda línea estratégica del citado programa tiene como objetivo la formación de padres, madres y personas cuidadoras en las competencias propias de la parentalidad positiva, y en la sublínea 2.1 se explicita la necesidad de activar acciones universales de promoción de la parentalidad positiva dirigidas a los colectivos mencionados. En este contexto, el programa que se presenta en este artículo constituye un desarrollo de esa sublínea.

Como cobertura a la acción municipal en la Comunidad Autónoma de Euskadi (CAE), se debe mencionar el IV Plan Interinstitucional de Apoyo a las Familias de la CAE 2018-2022 (Gobierno Vasco, 2018) elaborado por el Gobierno Vasco (Dirección de Política Familiar y Diversidad/Consejería de Asuntos Sociales). El citado plan recoge medidas incluidas en el informe previo *Estudio de campo de los programas y actividades de parentalidad positiva existentes en la Comunidad Autónoma del País Vasco* (Gobierno Vasco, 2012; Arranz *et al.*, 2016a), elaborado por el grupo de investigación Haezi-Etxadi de la UPV/EHU para la Dirección de Política Familiar y Comunitaria del Departamento de Empleo y Asuntos Sociales del Gobierno Vasco. Asimismo, el citado plan interinstitucional se ubica en el marco conceptual del Pacto Vasco por las Familias y la Infancia; uno de los compromisos que formula se refiere directamente a la parentalidad positiva. En él se recomienda reforzar los programas de parentalidad positiva, de salud infantil, de empoderamiento de las mujeres, de prevención de conflictos y de mediación familiar, de cara a reforzar las capacidades parentales y educativas de padres y madres.

Por otra parte, el eje 2 de los objetivos estratégicos formulados en el plan se refiere también a las acciones de parentalidad positiva ligadas al fomento en la población de madres, padres y

cuidadores de competencias de promoción del apego seguro y, a la vez, proveer a las mismas de apoyo especializado en las situaciones de dificultad para llevar a cabo una crianza adecuada de sus hijas e hijos. En los objetivos 4, 15, 16 y 18 del citado plan interinstitucional se incluyen diversas actuaciones relativas a la parentalidad positiva. En particular, la medida 103 del objetivo 16 propone la realización de campañas de sensibilización relativas a la promoción de la adquisición, por parte de las familias, de competencias parentales. La filosofía de fondo de las medidas expuestas consiste en la implementación de políticas de prevención primaria dirigidas al mayor número posible de familias.

Los antecedentes empíricos del programa que se presenta en este documento parten del informe técnico *Análisis de los programas y actividades de parentalidad positiva en el Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz (2015)*, realizado por el equipo de investigación Haezi-Etxadi de la UPV/EHU, en colaboración con el Servicio de Infancia y Familia del Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz. Entre las conclusiones del informe se destaca la ausencia de programas sistemáticos de parentalidad positiva en el tramo de edad desde cero a tres años de la población infantil. Igualmente, se indicó la necesidad, basada en la revisión de la literatura científica, de desarrollar intervenciones preventivas sobre la promoción del vínculo prenatal. Otro precedente empírico de la propuesta de este programa, viene constituida por el estudio piloto del propio programa, cuyos resultados se encuentran publicados en revistas nacionales e internacionales (Arranz-Freijo *et al.*, 2016b, 2019) en el que se aportan datos, obtenidos sobre una población de cincuenta familias, que apoyan el impacto positivo de un programa de evaluación de la calidad de los contextos familiares de las familias participantes. Las propuestas de mejora que se derivan de los resultados del mencionado estudio piloto, han sido incorporadas en su totalidad en la realización de la nueva propuesta del programa Descubre tu Potencial para Educar a tus Hijos e Hijas.

La propuesta del programa alcanza mayor dimensión si se tiene en cuenta que va a constituir el precedente del programa Senidegune, implementado ya de manera estable por el Servicio de Infancia y Familia del Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz y dirigido a familias con niños y niñas a partir de los tres años. Este programa se entronca igualmente en el ámbito de las políticas preventivas de empoderamiento familiar con el enfoque de la parentalidad positiva, basadas en la evidencia científica (Arranz y Rodrigo, 2018). Con la estabilización de la oferta de dos programas consecutivos se consolidaría una acción preventiva de alta calidad a disposición de las familias residentes en el municipio de Vitoria-Gasteiz.

1.1. Fundamentos científicos

Este programa de intervención familiar tiene su origen en el aumento del conocimiento empírico

de los últimos años en las áreas de psicología evolutiva y psicología de la familia. La confluencia de ambas áreas ha conducido al desarrollo de la línea de intervención con familias denominada parentalidad positiva, que se encuentra claramente apoyada por diversas Administraciones Públicas (Rec. 19 del Consejo de Ministros de Europa, 2006). Los fundamentos básicos del programa descrito en este artículo proceden del modelo teórico de las Dimensiones de la Parentalidad y del Currículum Óptimo de Parentalidad Positiva (COPP) (Arranz *et al.*, 2016b; Arranz y Rodrigo, 2018). Las competencias parentales recogidas en el COPP proceden de variables identificadas por la investigación reciente como influyentes en el desarrollo infantil y susceptibles de intervención a nivel de fortalecimiento o psicoeducación parental.

Dentro de sus principios fundamentales, el enfoque de la parentalidad positiva contempla que la crianza en la sociedad actual plantea un importante desafío para madres y padres. Por tanto, la promoción del desarrollo infantil requiere de una relación afectiva y sostenedora, un contexto familiar estructurado y sostenible, y adaptado a las etapas evolutivas infantiles. Asimismo debe tenerse en cuenta que la inversión en la crianza es un capital social donde la familia extensa, la red social, formal e informal, y la comunidad desempeñan un papel destacado (Haezi-Etxadi, 2017; Rodrigo *et al.*, 2015). La perspectiva de la parentalidad positiva señala igualmente que la protección del bienestar infantil pasa por la necesidad de inversión en programas, proyectos y servicios orientados a fomentar el cuidado competente y los buenos tratos en el sistema familiar. Estas propuestas pueden partir de diferentes ámbitos, bien sea el sanitario, el educativo, o el social, o contemplar una perspectiva multidisciplinar (Arranz y Rodrigo, 2018; Haezi-Etxadi, 2017; Rodrigo *et al.*, 2015).

El planteamiento de la parentalidad positiva tiene importantes implicaciones teóricas y metodológicas. A nivel teórico se asume la complejidad del proceso de crianza familiar, entendiéndose que este es un proceso influenciado por múltiples factores que son susceptibles de ser medidos, incluso antes del nacimiento, y que pueden ser igualmente objeto de intervenciones preventivas y de promoción. A nivel metodológico, la apuesta por la promoción del desarrollo psicológico saludable, en lugar del tratamiento o la prevención, plantea un cambio de perspectiva tanto en la visión de la población que accede a la intervención como en el diseño y parámetros de esta.

Tal y como expone la Organización Mundial de la Salud (2004), la promoción debe contemplarse como algo más que la ausencia de problemáticas o la evitación de la aparición de las mismas. Desde este punto de vista, el enfoque salutogénico es una herramienta teórica eficaz. Dicho enfoque parte de que las intervenciones deben orientarse a identificar los recursos (endógenos, exógenos, formales e

informales), las habilidades y los intereses de las familias, orientados al mantenimiento, y al fomento de su bienestar (Roncallo, Barreto y Sánchez de Miguel, 2018). Esta propuesta sugiere que los programas de intervención deben tener un diseño dinámico que permita identificar los activos y las prioridades de los participantes, proporcionando además el apoyo necesario para la movilización de lo ya existente y el aprendizaje de nuevas herramientas (Juvinya-Canal, 2013; Morgan y Hernán, 2013). Otro punto interesante es que el enfoque salutogénico asume que el bienestar no es un proceso estático. De esta manera, los protocolos de los programas deben adecuarse a las diferentes etapas y necesidades de la población diana.

En el contexto de la parentalidad positiva, el trabajo desde la promoción implica el fomento del bienestar del sistema familiar y, a su vez, la estimulación del óptimo desarrollo infantil. Por tanto, la salutogénesis buscaría potenciar los recursos de los sistemas familiares, así como generar una positiva percepción de su estado, su capacidad de autorregulación y de regulación del entorno (Pérez-Botella, Downe, Magistretti, Lindstrom y Berg, 2015). Todos los objetivos planteados se formulan entendiéndose que las necesidades de parentalidad obedecen a procesos adaptativos, etapas del desarrollo infantil y contextos sociales cambiantes, los cuales plantean diferentes procesos, retos y oportunidades. De esta forma y recogiendo la visión conjunta de diferentes profesionales expertos a nivel estatal (Arranz y Rodrigo, 2018; Haezi-Etxadi, 2017; Rodrigo *et al.*, 2015), se plantea que las políticas familiares que apoyen la implementación de programas y proyectos con esta orientación deben poseer las siguientes características:

- De enfoque preferentemente universal: se busca un acceso de las familias de forma libre, voluntaria y no estigmatizada. Dirigidas a la población general y no solo a poblaciones de riesgo.
- Centradas en la promoción: orientadas a la adquisición y promoción de competencias parentales que fomenten el bienestar familiar y el desarrollo infantil integral. Esto supone la utilización de un enfoque salutogénico, no basado en criterios de déficit o psicopatología.
- De acercamiento grupal, individual o mixto a cada familia y basadas en la metodología experiencial constructivista que implica la reflexión conjunta, el aprendizaje significativo y la creación de redes sociales de crianza.
- Respetuosas con la libertad de las familias: con un enfoque de la crianza como un proceso de toma de decisiones libres y basadas en conocimiento científico contrastado.
- Basadas en un modelo de intervención contextualizado en la realidad de cada una de las familias participantes.
- Implementadas por profesionales especializados con conocimiento y experiencia en el área

de psicología de la familia y con un enfoque interdisciplinar.

- Fundamentadas, preferentemente, en un planteamiento de I+D+I (investigación-desarrollo-innovación), que incorpore los resultados de la implementación de los programas en la mejora constante de estos.
- Apoyadas en un enfoque basado en la evidencia: receptoras de diferencia de conocimiento científico en el diseño teórico y metodológico de los programas.

La propuesta de competencias parentales que serán promocionadas en el programa Descubre tu Potencial para Educar a tus Hijos e Hijas sigue el esquema teórico de las Dimensiones de la Parentalidad, que constituye igualmente el modelo teórico del Programa de Parentalidad Positiva del Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz. Siguiendo el esquema presentado en publicaciones anteriores (Arranz-Freijo *et al.*, 2016b, 2019) se expone a continuación un resumen del mencionado esquema teórico:

La primera dimensión es denominada buen trato: el concepto de buen trato, entendido de forma mucho más completa y compleja que la mera ausencia de maltrato, se refiere a la existencia en el contexto familiar de condiciones que conduzcan a la cristalización de vínculos de apego seguro con la madre, el padre y/u otros cuidadores. El complemento necesario a las vinculaciones seguras está constituido por la práctica parental de la frustración óptima que va a conducir a una adecuada gestión de la expresividad y regulación emocional y al desarrollo de la autonomía, la autoestima y la resiliencia (Anaut y Cyrulnik, 2014; Barudy y Dantagan, 2005; DeHart, Pelham, y Tennen, 2006). La frustración óptima (Pescic y Baucal 1996; Arranz, 2002) es definida como la experimentación, por parte de niños y niñas, de frustraciones adecuadamente temporalizadas, dosificadas y nunca traumáticas, que ofrecen retos accesibles que activan la construcción de respuestas adaptativas exitosas a su entorno. La metáfora de la vacuna psicológica aporta una mayor clarificación conceptual de esta práctica parental de carácter transversal.

La segunda dimensión es la promoción del desarrollo: esta dimensión incluye el potencial de estimulación del desarrollo que se encuentra en un contexto familiar y se concreta en la presencia en el hogar de materiales de estimulación del aprendizaje, en la práctica del juego en familia (Milteer, Gisnburg Council on Communications and Media Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health y Mulligan, 2012), en la presencia de promoción apropiada del desarrollo cognitivo y lingüístico (Lugo-Gil y Tamis-Lemonda, 2008), también en la diversidad de experiencias que la familia ofrece a los niños y niñas y en la calidad del entorno físico (Galende, Sánchez de Miguel y Arranz, 2011) en el que convive cada unidad familiar. El complemento a la promoción del desarrollo se halla en el denominado perfil

parental potenciador, dentro del cual emerge como una variable esencial la autoeficacia parental, definida como la percepción que madres, padres o personas responsables del niño/a poseen sobre sus propias competencias para llevar a cabo el proceso de crianza de manera saludable; la investigación reciente muestra el impacto positivo de un alto nivel de autoeficacia parental sobre el desarrollo infantil (Shumow y Lomax, 2002; Fang *et al.*, 2021). La intervención para la promoción de la variable autoeficacia parental se ha convertido en un objetivo fundamental de la intervención psicoeducativa a través de programas de parentalidad positiva (Arranz-Freijo y Barreto-Zarza, 2021).

La tercera dimensión es denominada ecología potenciadora de la parentalidad e incluye el apoyo social que dispone una familia en sus tareas de crianza, que se concreta en factores como la implicación del padre (Huerta *et al.*, 2014), denominada actualmente como corresponsabilidad parental (Lidbeck y Boström, 2021), así como la calidad de las relaciones con la familia extensa (Jaeger, 2012) y la calidad de las relaciones entre la familia y la escuela (Crosnoe, 2015). La ecología familiar está también constituida por la tensión existente en el sistema familiar, que se manifiesta a través de los niveles de conflicto y estrés que viven las familias y que, cuando alcanzan niveles excesivos, no facilitan la práctica de una parentalidad positiva (Bloomfield y Kendall, 2012; Hanington, Heron, Stein y Ramchandani, 2012). En el modelo actualizado de las dimensiones de la parentalidad, la variable relativa al estrés es denominada “estrés parental adaptativo” y la relativa al conflicto se denomina “conflicto parental adaptativo”, con la intención de reflejar el matiz positivo y protector del desarrollo que ambas variables pueden poseer si se gestionan adecuadamente en la dinámica familiar.

Dentro del apoyo social, también se identifica la influencia del capital social (McPherson, Kerr, Morgan, McGee, Cheater, McLean y Egan, 2013) que una familia recibe para la práctica de sus tareas de crianza y que se concreta en la disponibilidad de medidas políticas de apoyo a la función parental, tales como medidas de conciliación laboral, el apoyo económico y fiscal, la posibilidad de recurrir a programas específicos de apoyo parental, etc. Además, cabe destacar la relación familia-escuela, ya que la relación coordinada de ambos contextos, confluye en la promoción del desarrollo infantil. Asimismo, en el periodo perinatal se pueden incluir en la ecología de la parentalidad todas aquellas variables protectoras de una programación fetal negativa proveniente del contacto con neurotóxicos, estrés materno, etc. (Roncallo, Barreto y Sánchez de Miguel, 2018).

La cuarta dimensión, también calificable como dimensión transversal dado que afecta a las tres anteriores, es la estructura, definida por Pourtois y Desmet (2006) como la necesidad más básica del ser humano en el marco del paradigma de las doce

necesidades. Un contexto familiar estructurado provee a niños y niñas un entorno predecible que genera seguridad y que, fundamentalmente, se concreta en la existencia de rutinas de interacción en todos los ámbitos de la vida familiar, desde los hábitos de alimentación hasta la presencia constante del juego u otras actividades de interacción positivas. A las rutinas se añaden los rituales asociados a ellas que incluyen un significado emocional y cultural que las enriquece y las hace más potentes e influyentes en el desarrollo infantil. La trascendencia de las rutinas y rituales como elementos estructuradores del contexto familiar queda reflejada en los trabajos de Spagnola y Fiese (2007), y de Fiese y Fisher (2019). En el contexto actual de la pandemia de covid-19, Glynn *et al.* (2021) han puesto de manifiesto el papel protector de un entorno familiar estructurado en rutinas sobre la salud mental de niños y niñas de cuatro años de edad.

Finalmente, partiendo del marco teórico expuesto anteriormente, se presenta a continuación el programa Descubre tu potencial para educar a tus hijas e hijos, que pretende alcanzar los siguientes objetivos:

- Evaluar la calidad de los contextos familiares de las familias participantes.
- Identificar los factores protectores y los factores de riesgo de cada una de las familias.
- Evaluar el desarrollo infantil de los niños y niñas pertenecientes a las familias participantes en el programa.
- Facilitar que las familias evaluadas construyan competencias parentales potenciadoras de los factores protectores y reductoras de los factores de riesgo.
- Prevenir que los factores de riesgo se conviertan en desventajas significativas para estas familias.
- Evaluar la construcción de nuevas competencias por parte de las familias participantes que promuevan un adecuado desarrollo psicológico de sus hijas e hijos.

2. Método

La propuesta de intervención contenida en este programa sigue una orientación de promoción de las competencias parentales basada en un enfoque constructivista. Desde el punto de vista metodológico se ubica en la orientación basada en la evidencia que utiliza un diseño de intervención-orientación psicoeducativa de corte longitudinal con medidas repetidas.

2.1. Participantes

Cualquier familia con niños y niñas entre cero y tres años usuaria de un servicio municipal puede ser susceptible de invitación, orientación o derivación

al programa. En este estudio, fueron evaluadas 89 familias entre los años 2018 y 2019. Las personas profesionales tuvieron a su disposición el cartel, los dípticos informativos sobre el programa para facilitar la información necesaria a las familias que a su juicio pudieran beneficiarse del mismo. Como norma general se aplicaron los siguientes criterios de derivación y exclusión.

Criterios de derivación

- Familias que verbalizan impotencia. Por ejemplo: “No puedo con ella o con él”, ansiedad ante el llanto del bebé (0-10 meses) y las rabietas (a partir de doce meses).
- Familias resistentes a los cambios cuando hay una propuesta de cambio de hábitos por parte del servicio de pediatría (hábitos de sueño, de alimentación, normas y límites, etc.), y/o por parte de las escuelas de educación infantil (normas y límites, responsabilidades, etc.), ludotecas u otros servicios.
- Familias que, debido a su elevada formación, por ejemplo, o por la lectura de recursos relacionados con la crianza y educación, se anticipan a lo que esperan del desarrollo de sus hijos e hijas.
- Familias asiduas al servicio de pediatría (más de dos veces por semana).
- Madres y padres adolescentes con hijos e hijas.
- Madres y/o padres primerizos a partir de 42 años.
- Familias poco proactivas al juego, la actividad y la interacción con sus hijos e hijas.
- Familias con escasa red de apoyo social y/o familiar.
- Familias que por su situación sociocultural se podrían beneficiar de la formación en crianza.

Criterios de exclusión

- Madres, padres y/o personas cuidadoras con problemas graves de salud mental y/o adicciones no tratadas que les genere incapacidad para poder beneficiarse del programa.
- Familias con hijos e hijas en situación de desprotección en cualquiera de sus tipologías, familias en situación de exclusión social y en las que se esté produciendo de forma activa violencia de género u otras formas de abuso que requieran abordaje específico.
- Familias con bajo nivel de comprensión y comunicación en lengua castellana.

2.2. Procedimiento

Fase 1: Difusión

- Información del programa desde el Servicio de Infancia y Familia a *haurreskolak*, ludotecas, *senidegun*, centros de salud, etc. Se utiliza

una presentación dirigida a los profesionales encargados de derivar a las familias al servicio.

- Información a las familias sobre el contenido del programa. La llevan a cabo los profesionales que pueden derivar familias al servicio, apoyándose en un documento de difusión del programa.

Fase 2: Registro en el programa de las familias participantes

- Las familias interesadas en participar rellenan y firman el compromiso informado dando autorización para su participación y el tratamiento de sus datos de carácter personal.
- La participación de las familias es gratuita y voluntaria. La ejecución del programa se atiene al código deontológico vigente en el ámbito de la intervención social con familias y la propuesta es aprobada por el comité ético correspondiente.

Fase 3: Entrevista inicial de evaluación de la calidad del contexto familiar

- La persona profesional psicóloga establece contacto con la familia que ha autorizado la evaluación para concretar el día y la hora de la entrevista. Se estima que la duración de la visita oscila entre hora y media y una hora y tres cuartos. Se recuerda a la familia que al menos una de las personas adultas responsables del niño o niña deberá estar presente durante la entrevista.
- La persona profesional realiza igualmente la evaluación del desarrollo infantil a través de la observación directa y de la información proporcionada por madres, padres o personas responsables de la crianza.

Fase 4: Entrevista de devolución a la familia del resultado de la evaluación

- La persona profesional que atiende a cada familia realiza un informe escrito que incluirá la descripción de los factores protectores y de riesgo detectados y las orientaciones generales y específicas dirigidas a la mejora de la calidad del contexto familiar. Las orientaciones también incluyen las derivadas, cuando proceda, de la evaluación del desarrollo infantil; especialmente cuando en la exploración se detecte algún indicador específico de desarrollo atípico.
- Si se constata la estabilidad de algún indicador de desarrollo atípico, se procede a invitar a la familia a la realización de una evaluación exhaustiva del desarrollo psicológico llevada a cabo en el centro educativo o servicio social correspondiente.
- La devolución del informe se realiza de forma presencial en el domicilio familiar por parte de la persona profesional asignada a cada caso, a través de una entrevista con cita previa. La estructura y contenido del informe se realiza siguiendo los criterios expuestos en el manual del instrumento de evaluación.

- Las familias también son informadas con precisión de otros servicios municipales de los que se pudieran beneficiar.

Fase 5: Entrevista de seguimiento

- En el plazo de tres meses, la psicóloga realiza la entrevista a domicilio con la familia para conocer la evolución de la puesta en práctica de las estrategias de mejora.
- Para la evaluación del grado de instauración de las orientaciones recibidas por las familias, en la entrevista de devolución se utiliza un cuestionario específico.
- Finalmente, cada familia realiza una valoración sobre la calidad del programa.

Fase 6: Oferta de asesoramiento 'online'

- Una vez realizada la entrevista final de seguimiento, las familias disponen de un servicio *online* personalizado de asesoramiento sobre cuestiones de crianza. El servicio es atendido por los mismos profesionales que han llevado a cabo el programa y tiene una duración de un año a partir de la finalización de la sesión de devolución de resultados.
- En los casos en los que no se compruebe un cambio estable de rutinas relativas a las orientaciones ofrecidas a las familias en la fase de seguimiento, se vuelve a insistir a las familias en la importancia de las orientaciones y se les ofrece la opción de consultar sobre ello en el servicio de asesoramiento *online*.

Fase 7: Evaluación del impacto del programa

- La metodología de evaluación consiste en diseño longitudinal de intervención.
- Los datos de las evaluaciones individuales de cada familia y cada niño, llevados a cabo en la entrevista inicial (Tiempo 1) y en la entrevista de seguimiento (Tiempo 2), se procesan en una matriz de datos global con el fin de analizar si hay o no un impacto significativo del programa en el grupo de familias que han participado.
- Desde el punto de vista técnico, se aplican los análisis estadísticos que permitan obtener evidencias del impacto del proceso de evaluación-devolución-orientación sobre la consolidación y construcción de competencias parentales promotoras del desarrollo psicológico. La evaluación del programa se completa con el registro de datos relativos a la autopercepción de las familias sobre el impacto del programa y con su valoración de satisfacción sobre el proceso.

2.3. Instrumentos

- Escala de Evaluación Familiar Haezi-Etxadi (Arranz *et al.*, 2012) adecuada para niñas y niños entre 18

y 30 meses de edad. A través de este instrumento se obtienen datos de observación directa, de una entrevista y de dos cuestionarios: uno de pareja y otro individual. El instrumento de evaluación está descrito en su manual donde se explicita el procedimiento de aplicación y procesamiento de datos.

- Inventario de Desarrollo Batelle (Newborg, Stock y Wnek, 2011): se utiliza la prueba de cribado que contiene un total de 96 ítems para evaluar las áreas personal, social, adaptativa, motora, de comunicación y cognitiva.
- Cuestionario sobre el uso de las nuevas tecnologías (pantallas), elaborado *ad hoc* para su uso dentro del mismo programa.
- Informe de devolución de resultados con orientaciones a las familias, elaborado *ad hoc* para su uso dentro del mismo programa.
- Cuestionario de seguimiento de las orientaciones elaborado *ad hoc* para su uso dentro del mismo programa.
- Cuestionario de valoración del programa por parte de las familias elaborado *ad hoc* para su uso dentro del mismo programa.
- Los datos sociodemográficos de la familia se recogen en el protocolo previo de la Escala de Evaluación Familiar Haezi-Etxadi.

3. Resultados

Los resultados de la primera implementación piloto del programa fueron publicados en la revista *Educació Social* (Arranz *et al.*, 2016b) y traducidos y publicados posteriormente en la revista *Early Child Development and Care* (Arranz *et al.*, 2019). Los resultados más significativos de la segunda fase de implementación del programa, correspondiente a los años 2018 y 2019, serán presentados en este artículo en dos bloques. En el primer bloque, previa presentación de los datos sociodemográficos, se presentan datos sobre la calidad de los contextos familiares, el desarrollo infantil, el uso de las nuevas tecnologías, las consultas realizadas por las familias en el servicio *online* y la valoración del programa por parte de las familias. En el segundo bloque, siguiendo el enfoque de un proceso de I+D+i, se presentarán las propuestas de mejora para futuras ediciones, que se derivan del análisis cuantitativo y cualitativo de la implementación del programa que se presenta en este artículo.

3.1. Bloque primero

Incluye resultados sobre los datos sociodemográficos, calidad de los contextos familiares, desarrollo infantil, uso de nuevas tecnologías, servicio de orientación *online* y valoración del programa por parte de las familias.

Datos sociodemográficos

La estructura de las 89 familias se corresponde con la siguiente distribución: tradicional (83; 93,3%), monoparental (4; 4,5%), divorciada (1; 1,1%) y reconstituida (1; 1,1%). El nivel de estudios de los padres ($N=85$, ya que hay cuatro familias monoparentales de madre) se corresponde con la siguiente distribución: estudios elementales (5; 5,9%), bachiller (7; 8,2%), formación profesional (26; 30,6%), diploma universitario (12; 14,1%), grado universitario (32; 37,6%) y doctorado (3; 3,6%). El nivel de estudios de la madre corresponde a la siguiente distribución: estudios elementales (8; 9%), bachiller (5; 5,6%), formación profesional (16; 18%), diploma universitario (11; 12,3%), grado universitario (45; 50,6%) y doctorado (4; 4,5%). El nivel mensual de ingresos de las familias participantes corresponde a la siguiente

distribución: menos de 1.000 euros (5; 6%), entre 1.000 y 2.500 euros (23; 26%), entre 2.500 y 5.000 euros (43; 48%), mayor de 5.000 euros (3; 3%) y no informan (15; 17%). La edad media de las madres fue de 34,33 años (desviación estándar = 2,55) y de los padres 37,16 años (desviación estándar = 3,57).

Con relación a los hijos e hijas, puesto que en algunas familias había más de un menor entre cero y tres años, se evaluó a un total de cien niños y niñas (51% niñas). El rango de edad corresponde a la siguiente distribución: 0-6 meses (5,5%), 7-12 meses (11,11%), 13-18 meses (17,17%), 19-24 meses (25,25%), 25-30 meses (17,17%), 31-36 meses (15,15%), 37-42 meses (8,8%), 43-48 meses (2,2%). La edad media en meses fue de 23,71 (desviación estándar = 9,68).

Datos sobre la calidad de los contextos familiares

Los datos correspondientes a los años 2018 y 2019 se presentan en la Tabla 1 y los relativos a la totalidad de las familias evaluadas en el programa, incluyendo la prueba piloto, se muestran en la Tabla 2.

Tabla 1. Porcentaje de familias clasificadas según el nivel de calidad del contexto familiar en las tres subescalas y sus correspondientes factores (N= 89 familias; años 2018 y 2019).

	Nivel de calidad (%)			
	Muy Alta	Alta	Media	Baja
Subescala EDCL	73,0	22,5	4,5	—
Materiales de Estimulación del Aprendizaje (MEA)	76,4	23,4	—	—
Potencial de Juego (PJ)	70,8	14,6	14,6	—
Estimulación del Desarrollo Cognitivo (EDC)	78,7	9,0	12,3	—
Estimulación del Desarrollo Lingüístico (EDL)	74,1	20,2	5,7	—
Subescala EDSE	87,6	12,4	—	—
Expresividad Emocional (EE)	83,1	16,9	—	—
Establecimiento de Límites y Frustración Óptima (ELFO)	75,3	19,1	5,6	—
Potenciación de la Autoestima y la Autonomía (PAA)	43,9	38,2	15,7	2,2
Observación de la Interacción con el Niño/a (OIN)	100,0	—	—	—
Subescala OEFCS	87,6	11,3	—	—
Calidad del Entorno Físico (CEF)	100,0	—	—	—
Implicación del Padre o segunda figura de crianza (IP) (*4,5 % no aplicable)	76,4	13,5	5,6	—
Calidad del Cuidado Sustituto (CCS) (*73,1 % no aplicable)	26,9	—	—	—
Relaciones con la Familia Extensa y red social de amistades y servicios (RFE)	87,6	9,0	3,3	—
Estabilidad de las Relaciones Sociales Infantiles e interés parental en las mismas (ERSI)	73,0	22,5	3,4	0,1
Relaciones con la Escuela (RE) (*26,9 % no aplicable)	69,7	2,3	—	1,1
Diversidad de Experiencias (DE)	92,1	4,5	3,4	—
Exposición al Conflicto Familiar (ECF) (*1,1 % no aplicable)	83,2	13,5	—	2,2
Estrés Parental (EP)	64,0	20,3	13,5	2,2

Nota: EDCL = Estimulación del Desarrollo Cognitivo y Lingüístico; EDSE = Estimulación del Desarrollo Socio-Emocional; OEFCS = Organización del Entorno Físico y del Contexto Social.

Tabla 2. Porcentaje de familias clasificadas según el nivel de calidad del contexto familiar en las tres subescalas y sus correspondientes factores (N= 139 familias; años 2016, 2018 y 2019)

	Nivel de calidad (%)			
	Muy Alta	Alta	Media	Baja
Subescala EDCL	73,5	23,2	3,2	—
Materiales de Estimulación del Aprendizaje (MEA)	86,2	12,7	—	—
Potencial de Juego (PJ)	61,4	20,3	14,3	4,0
Estimulación del Desarrollo Cognitivo (EDC)	82,3	8,5	9,1	—
Estimulación del Desarrollo Lingüístico (EDL)	77,0	18,1	2,9	2,0
Subescala EDSE	84,8	14,2	1,0	—
Expresividad Emocional (EE)	86,5	11,4	2,0	—
Establecimiento de Límites y Frustración Óptima (ELFO)	76,6	17,5	3,8	2,0
Potenciación de la Autoestima y la Autonomía (PAA)	45,9	36,1	11,8	6,1
Observación de la Interacción con el Niño/a (OIN)	100,0	—	—	—
Subescala OEFCS	87,6	11,3	—	—
Calidad del Entorno Físico (CEF)	100,0	—	—	—
Implicación del Padre o segunda figura de crianza (IP) (*4,5 % no aplicable)	80,2	11,7	5,8	—
Calidad del Cuidado Sustituto (CCS) (*37,6 % no aplicable)	63,4	—	—	—
Relaciones con la Familia Extensa y red social de amistades y servicios (RFE)	90,8	6,5	2,6	—
Estabilidad de las Relaciones Sociales Infantiles e interés parental en las mismas (ERSI)	65,5	31,2	1,7	1,0
Relaciones con la Escuela (RE) (*13,6 % no aplicable)	84,8	1,1	—	0,5
Diversidad de Experiencias (DE)	94,0	4,2	1,7	—
Exposición al Conflicto Familiar (ECF) (*0,6 % no aplicable)	79,6	12,7	3,0	4,1
Estrés Parental (EP)	64,0	19,1	4,7	2,1

Nota: EDCL= Estimulación del Desarrollo Cognitivo y Lingüístico; EDSE= Estimulación del Desarrollo Socio-Emocional; OEFCS= Organización del Entorno Físico y del Contexto Social.

Datos sobre la evaluación del desarrollo infantil

Los niveles de desarrollo infantil, de la evaluación realizada a los cien niños y niñas participantes (51 % niñas), corresponden a la siguiente distribución: Desarrollo cognitivo (Alto, 47,47 %; Medio, 45,45 %; Bajo, 4,4 %; No aplicable 4,4 %), Desarrollo Comunicativo (Alto, 37,37 %; Medio, 47,47 %; Bajo, 12,12 %; No aplicable, 4,4 %), Desarrollo Motor (Alto, 33,33 %; Medio, 49,49 %; Bajo, 14,14 %; No aplicable, 4,4 %), Desarrollo Personal-Social (Alto, 29,29 %; Medio, 43,43 %; Bajo, 24,24 %; No aplicable, 4,4 %), Desarrollo Adaptativo (Alto, 32,32 %; Medio, 45,45 %; Bajo, 19,19 %; No aplicable, 4,4 %).

Datos sobre el contacto de los niños y niñas con pantallas

En lo que se refiere a la frecuencia de exposición, los datos se corresponden con la siguiente distribución: el 63 % de las familias no ofrecen o exponen a sus hijos e hijas a las pantallas, mientras que el 37 % ofrecen o exponen a sus hijos e hijas a las pantallas más de una vez al día. En cuanto al objetivo del uso de las pantallas, los datos se corresponden con la siguiente distribución: el 24,7 % de las familias las usan para gestionar situaciones cotidianas que les suponen un conflicto (negativa a comer, a dormirse, rabietas y otras) y el 75,3 % las utiliza de forma lúdica.

En lo que se refiere a la cantidad de tiempo de exposición, los datos se corresponden con la siguiente distribución: el 59,5 % de las familias no dejan que sus hijos e hijas estén más de media hora expuestos a las pantallas, y cuando las utilizan lo hacen acompañados/as, el 40,5 % de las familias dejan que sus hijos e hijas estén más de media hora expuestos a las pantallas y cuando las utilizan lo hacen solos/as. En cuanto a la valoración que madres y padres hacen sobre el riesgo de la exposición a pantallas en el desarrollo infantil, los datos se corresponden con la siguiente distribución: el 2,2 % cree que es beneficioso, el 79,7 % cree que no beneficia y el 18,1 % se sitúa en un punto medio. Por otra parte, el 44,9 % cree que perjudica, el 39,3 % cree que no perjudica y el 15,8 % se sitúa en un punto medio.

Datos sobre las consultas de las familias en el servicio online

El 64 % de las familias (57 en total) han consultado sobre uno o varios temas en relación con la crianza y educación de sus hijos e hijas; los datos se corresponden con la siguiente distribución: 13 consultas sobre gestión de rabietas, 10 sobre establecimiento de normas y límites, 11 sobre gestión de los celos, 6 sobre autorregulación emocional, 5 sobre hábitos de sueño, 5 sobre control de esfínteres, 4 sobre conflictos entre hermanos y hermanas, 3 sobre hábitos de alimentación, 3 sobre

fomento de la autonomía, 3 sobre la socialización en la infancia, 3 sobre juego en familia, 2 sobre andamiaje del lenguaje, 2 sobre bibliografía de guías de crianza, 2 sobre incorporación al centro escolar, 2 sobre otros temas, 1 sobre criterios de afrontamiento de la separación de la pareja, miedos en la infancia, mordiscos, fomento de la autoestima, comunicación asertiva, uso de pantallas, gestión de la competitividad, apego, corresponsabilidad, destete, organización familiar, metodología Emmi Pikler, e información sobre servicios municipales para familias monoparentales.

Datos sobre la valoración del programa por parte de las familias

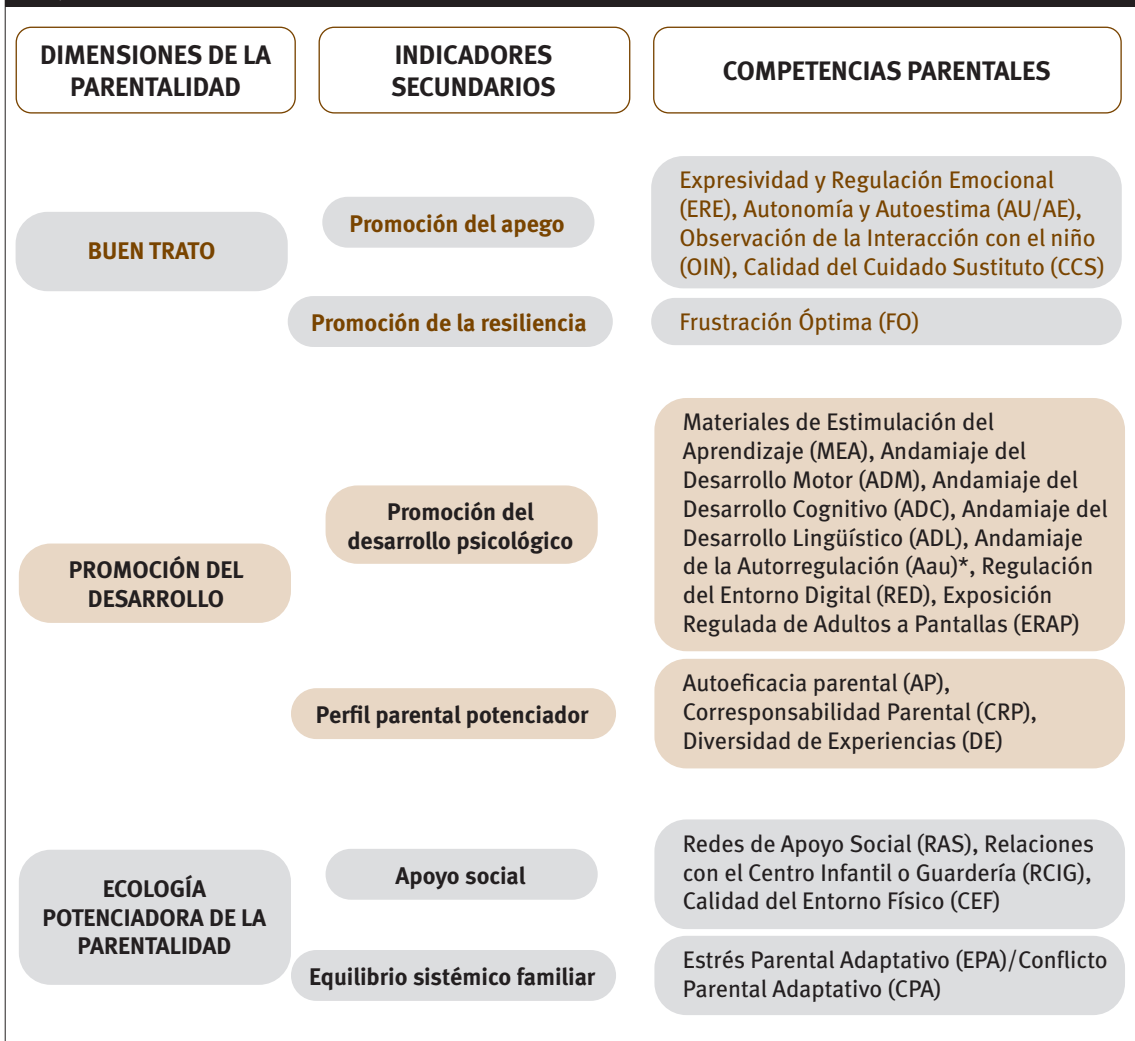
De las 89 familias participantes en el programa, 76 (84,4 %) han contestado al cuestionario sobre la valoración del mismo. En lo que se refiere a la valoración relativa a la calidad del programa, las familias han mostrado una puntuación media de 26,7 puntos sobre un máximo posible de 28 puntos. En cuanto a la valoración de la eficacia del programa, las familias han mostrado una puntuación media de 10 sobre un máximo posible de 12 puntos. En cuanto a la satisfacción sobre su participación en el programa, las familias han mostrado una puntuación media de 11,5 puntos, sobre una puntuación máxima de 12 puntos. La media de valoración general del programa alcanza una puntuación de 46,6 puntos, sobre un máximo posible de 52 puntos.

Las familias han realizado diversas sugerencias sobre la aplicación del programa; ocho familias sugieren aumentar el número de visitas domiciliarias, siete proponen aumentar el rango de edad hasta los seis años, tres de ellas plantean la conveniencia de realizar encuentros entre las familias participantes, dos familias señalan la necesidad de más ejemplos prácticos, una familia sugiere que el primer contacto se haga con mayor antelación, una familia sugiere que se haga más y mejor difusión del programa, una familia sugiere que el seguimiento se haga cada seis meses en vez de cada tres, una familia sugiere que el seguimiento se haga cada doce meses, una familia sugiere la realización de programas centrados en la pareja, una familia sugiere la realización de un informe más concreto y personal, una familia sugiere ampliar la disponibilidad horaria para la realización de las entrevistas, una familia sugiere incluir en la última sesión una valoración del niño/a y, finalmente, una familia sugiere practicar las pautas con la presencia de la psicóloga.

3.2. Bloque segundo

Este bloque incluye resultados derivados de la implementación del programa y que se han incorporado al mismo llevando a cabo un proceso de Investigación + Desarrollo + Innovación. En función de los resultados obtenidos en la aplicación del programa, de la experiencia de los profesionales que han visitado

Gráfico 1. Estructura de competencias evaluada a través de las escalas HEFAS (0-9 meses; 10-17 meses; 18-35 meses y 36-59 meses)



* Para versiones 18-35 meses y 36-59 meses.

Fuente: Elaboración propia.

a las familias en sus hogares y de la valoración técnico-científica llevada a cabo por la comisión de seguimiento del programa, formada por el Servicio de Infancia y Familia del Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz y el Grupo Haezi-Etxadi de la UPV/EHU, se toma una serie de decisiones, que serán adecuadamente justificadas en la sección de discusión de este trabajo.

Decisiones relativas a los instrumentos utilizados en el programa

- Sustituir la Escala de Evaluación Familiar Haezi-Etxadi a dos años por cuatro nuevas escalas que se derivan de ella: HEFAS (Haezi Etxadi Family Assessment Scale) 0-9 meses, 10-17 meses, 18-35 meses y 36-59 meses. La estructura de competencias evaluada a través de las nuevas escalas se refleja en el Gráfico 1.
- Incluir el Instrumento CDP+ (Cuestionario de Dimensiones de la Parentalidad Positiva)

(Arranz-Freijo y Barreto-Zarza, 2020) que explora creencias y actitudes sobre la estructura de competencias evaluadas con las escalas HEFAS.

- Sustituir el Inventario de Desarrollo Batelle (Newborg, Stock y Wnek, 2011) por el ASQ-3, versión en español (Squires, Bricker y Twombly, 2009).
- Incluir un nuevo instrumento sobre el impacto de la pandemia de la covid-19 en la vida familiar.
- Incluir un nuevo modelo de informe de devolución, que contiene orientaciones para el establecimiento de rutinas interactivas positivas derivadas de los ítems de las escalas HEFAS en los que las familias obtienen una puntuación negativa.
- Incluir una nueva ficha de seguimiento de las orientaciones específicas ofrecidas a cada familia en la sesión de devolución.

Decisiones relativas al diseño e implementación del programa

- Modificar el diseño del programa al denominado diseño longitudinal con medidas repetidas. Con ese fin, la psicóloga realiza un seguimiento telefónico a los dos y cuatro meses desde la entrevista de devolución de resultados de la primera evaluación y de la entrega de orientaciones para incorporar nuevas rutinas, y a los seis meses, en la fase de evaluación del programa (Tiempo 2), se vuelven a aplicar los mismos instrumentos que se aplicaron en la evaluación inicial (Tiempo 1).
- Incluir como actividad final de la entrevista de devolución el visionado conjunto y la puesta en común, del vídeo *Pegados o despegados*, relativo al uso de dispositivos electrónicos en la infancia temprana, realizado por el Servicio de Infancia del Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz (Arranz-Freijo *et al.*, en prensa).
- Adaptar la propuesta del programa a los criterios que aparecen en la *Guía de buenas prácticas para el diseño e implementación de programas de parentalidad positiva*, elaborado por Rodrigo *et al.* (2015) y el grupo de expertos en el campo, que trabajan en el diseño de políticas familiares de parentalidad positiva en el marco del convenio de colaboración entre el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social del Gobierno de España y la Federación Española de Municipios y Provincias. Los criterios mencionados están expuestos en el documento citado y en el protocolo interactivo al que los profesionales pueden acceder dándose de alta en el sitio web <www.familiasenpositivo.org>.
- Las buenas prácticas (BP) relativas al diseño e implementación de programas se exponen a continuación:
 - BP 21: fundamentar el programa en una base científica y formular objetivos claros y susceptibles de ser medidos.
 - BP 22: desarrollar el programa con una metodología bien diseñada para la atención individual, grupal o comunitaria.
 - BP 23: Coordinar y dinamizar el grupo de forma eficaz fomentando un clima de relación positivo en el programa grupal.
 - BP 24: Evaluar el programa con criterios científicos.
 - BP 25: Incorporar el programa a la comunidad y contribuir a su desarrollo. Las buenas prácticas mencionadas se ajustan igualmente a los criterios expuestos en la propuesta de Arranz *et al.* (2016a) elaborada para la Dirección de Política Familiar y Diversidad de la Consejería de Asuntos Sociales del Gobierno Vasco y a los criterios expuestos en el *Manual para profesionales en la implementación de programas de parentalidad positiva* de Asmussen (2012).

- Elaborar un manual actualizado del programa en el que se describan sus fundamentos teóricos, el procedimiento de implementación, y la definición de instrumentos, así como su aplicación, procedimiento de corrección, interpretación y procesamiento.

4. Discusión

A continuación, se valorarán los resultados correspondientes a las variables exploradas en las familias durante la implementación del programa (bloque primero), seguidamente se valorarán los resultados derivados de la implementación del programa y del proceso I+D+I (bloque segundo). Finalmente se expondrán las implicaciones prácticas y de acción política que se derivan de los resultados del programa.

En lo que se refiere a las variables del contexto familiar evaluadas en la segunda fase de implementación del programa —años 2018 y 2019 (bloque primero)—, procede resaltar que los datos obtenidos son fundamentalmente descriptivos, no son en un principio generalizables a la población general y poseen un valor fundamentalmente cualitativo sobre las características de la población estudiada.

4.1. Datos sociodemográficos

Los datos sociodemográficos muestran un perfil favorable para la práctica de la parentalidad positiva; el nivel educativo medio-alto y alto de madres y padres, que muestra un 32 % de padres y un 45 % de madres con estudios universitarios, constituye un predictor de una interacción familiar de calidad, sobre todo para la adecuada promoción del desarrollo cognitivo y lingüístico. La literatura identifica esta influencia preferentemente en relación con las madres; el estudio de Schady (2011) confirma este hallazgo en un estudio longitudinal con una muestra de cohorte de 2.113 niños y niñas entre 36 y 71 meses. El perfil favorable expuesto queda completado por un nivel socioeconómico medio-alto y alto, con un 48 % de las familias declarando unos ingresos mensuales entre 2.500 y 5.000 euros. La influencia positiva del estatus socioeconómico sobre la calidad de la crianza constituye un hallazgo sólidamente establecido en la literatura (Conger, Martin y Masarik, 2021; Roubinov y Boyce, 2017), aunque las vías de esta influencia están siendo adecuadamente estudiadas con el objetivo primordial de optimizar la crianza en familias con bajo estatus socioeconómico.

Calidad de los contextos familiares

Tomando como referencia los datos porcentuales globales de todas las familias que han participado en el programa (139 desde su inicio) se puede deducir

que la calidad general del contexto familiar en todos los factores explorados se sitúa en niveles muy satisfactorios, siendo estos datos en un principio compatibles con el perfil sociodemográfico expuesto anteriormente. No obstante, cabe destacar la presencia de familias en niveles medios y bajos de calidad interactiva familiar, en factores como el juego (25 familias), estimulación del desarrollo cognitivo (12 familias), estimulación del desarrollo lingüístico (7 familias), establecimiento de límites y frustración óptima (8 familias), potenciación de la autoestima y la autonomía (24 familias), implicación del padre o segunda figura de crianza (8 familias), relaciones con la familia extensa y red social de amistades y servicios (12 familias), estabilidad de las relaciones sociales infantiles e interés parental en las mismas (3 familias), exposición al conflicto familiar (9 familias) y estrés parental (23 familias).

En la valoración de estos datos, parece oportuno destacar que el instrumento utilizado posee un potencial de detección de condiciones interactivas mejorables en las familias evaluadas. La consecuencia más significativa de este hecho reside en que estas familias se han beneficiado de una atención individualizada, consistente en la recepción de orientaciones específicas dirigidas a su mejora competencial para mejorar sus condiciones interactivas, con el objetivo último de aumentar el bienestar familiar y promover el desarrollo psicológico saludable de sus hijos e hijas. También procede resaltar que, dado el perfil sociodemográfico protector de las familias evaluadas, si se hubiera dado el caso de haber sido evaluadas específicamente familias con un perfil no tan favorable, probablemente los resultados de calidad interactiva familiar hubieran sido menos satisfactorios, debido al previsible aumento del estrés familiar. El aumento del estrés sostenido en el tiempo se denomina *estrés tóxico* (Shonkoff *et al.*, 2012), y es una respuesta natural a una situación de mayor inestabilidad socioeconómica que es muy poco compatible con una interacción familiar promotora del desarrollo psicológico infantil.

Evaluación del desarrollo infantil

Los datos relativos a la evaluación del desarrollo infantil muestran unas distribuciones entre el 40 % y el 50 % de sujetos ubicados en los niveles medios, entre el 29 % y el 47 % de niños y niñas se ubicó en los niveles altos y, finalmente, entre el 4 % y el 24 % se ubicó en los niveles bajos. Con relación a las áreas evaluadas, aquella en la que se obtuvo un mayor porcentaje de niños y niñas con nivel alto fue el desarrollo cognitivo (47 %). Por otra parte, el área de desarrollo en la que se ubicó un mayor porcentaje de niños y niñas con nivel más bajo fue el desarrollo personal-social (24 %). Cabe destacar que aquellas familias con niños y niñas ubicados en niveles bajos se han beneficiado de una atención individualizada, que se concreta en las orientaciones específicas

para promover el desarrollo de sus hijas e hijos en las diversas áreas. En aquellos casos en los que se han detectado indicadores severos de desarrollo atípico, la familia ha sido derivada para recibir una evaluación más exhaustiva del desarrollo psicológico del niño o niña. Este hecho muestra que el programa incluye entre sus potencialidades, una función de detección precoz y derivación de casos de desarrollo atípico.

Contacto de los niños y niñas con pantallas

Si se tiene en cuenta que el 37 % de los niños y niñas están expuestos/as a pantallas más de una vez al día y que el 60 % de los niños y niñas de la muestra se encuentran en el rango de edad entre los 0 y los 24 meses, se deduce que en un grupo numeroso de familias se está incumpliendo la recomendación de la OMS que aconseja la ausencia total de contacto con pantallas en esa franja de edad. La evidencia empírica sobre la influencia del uso de pantallas en el desarrollo psicológico se va enriqueciendo y matizando; el estudio de Stiglic y Viner (2019) que realiza un revisión sistemática de estudios previos, muestra una asociación moderadamente intensa entre el tiempo de usos de pantallas y niveles altos de obesidad y de síntomas depresivos; sin embargo no se encuentra evidencia entre el uso de pantallas y los trastornos alimentarios o la existencia de ideas suicidas. Por su parte, Wong *et al.* (2021) identifican el uso de pantallas y el bajo nivel de actividades en el exterior como factores asociados al establecimiento y progresión de la miopía en niños y niñas; señalan, además, que estos efectos han podido ser potenciados por la reciente experiencia del confinamiento vivida por las familias durante la pandemia de la covid-19.

Los datos relativos al objetivo con el que son usadas las pantallas indican que estas forman parte de las estrategias parentales para gestionar situaciones cotidianas difíciles. Aunque es comprensible su uso como distractor ocasional, no parece recomendable desde el punto de vista educativo ligar los procesos de autorregulación infantil a un objeto externo, siendo esto especialmente importante en el tramo de edad entre los 0 y los 2 años. Igualmente, muchas familias utilizan las pantallas con un objetivo lúdico; este hecho es más preocupante cuando los niños y niñas las utilizan solos, lo que ocurre en un 40 % de los casos en la muestra estudiada. Abundando en la transcendencia evolutiva de la construcción de las competencias de autorregulación, estas se construyen con solidez cuando están apoyadas sobre una interacción social directa entre los y las bebés y sus personas cuidadoras. La hipótesis del desplazamiento por parte de los dispositivos de la interacción social directa es un tema muy relevante educativamente que está siendo investigado en la actualidad (Wan *et al.*, 2021). Finalmente, cabe destacar que, a pesar de las prácticas parentales de cierto riesgo en relación con el uso de pantallas expuestas anteriormente, el 45 % de las madres y

padres declaran que su uso perjudica el desarrollo psicológico infantil y el 80% declara que no lo beneficia.

Consultas de las familias en el servicio online

Un grupo numeroso de familias ha hecho uso del servicio de orientación *online* sobre crianza, ofrecido en el marco del programa; este hecho se debe probablemente a que han desarrollado una relación de confianza con la psicóloga que les ha visitado en sus hogares. La experiencia previa del equipo Haezi-Etxadi en la implementación de programas de asesoramiento online indica que las familias recurren a él cuando conocen o tienen algún tipo de interacción previa con las personas profesionales que ofrecen el servicio (Arranz Freijo, Olabarrieta Artetxe y Martín Ayala, 2010). Esa interacción se consigue en el marco de la visita domiciliaria o cuando se programan charlas o actividades de grupo sobre parentalidad positiva en la comunidad.

La casuística sobre la que han consultado las familias durante este periodo del servicio es muy amplia y abarca 25 temas diferentes, siendo más del 50% sobre la gestión de las rabietas, acontecimiento muy frecuente en el periodo evolutivo entre los 1 y los 3 años. Como ya se resaltó en la valoración de los resultados relativos al uso de pantallas, la construcción precoz de las competencias de autorregulación es un logro evolutivo-educativo muy importante, en la medida en la que el afrontamiento parental de las rabietas aporta a niñas y niños sus primeras experiencias de autorregulación/ autocontrol emocional, un aprendizaje esencial para la adaptación exitosa al entorno que les rodea. Cabe insistir en que las familias participantes en el programa se han beneficiado de una orientación individualizada, especializada y confidencial sobre varios temas que les generaban preocupación en relación a la crianza de sus hijas e hijos.

La oferta *online* de intervenciones de parentalidad positiva se ha ido acrecentando en los últimos años y los resultados indican que puede constituir un apoyo muy disponible y eficaz a las tareas de crianza infantil. El metaanálisis de Nieuwboer, Fukink y Hermanns (2013) ya evidenciaba que los programas de parentalidad a través de la web ofrecían apoyo social a los participantes y también la posibilidad de consultar con profesionales y de entrenarse en la adquisición de competencias parentales. Trabajos más recientes, como el de Boekhorst *et al.* (2021), muestran la eficacia de un entrenamiento en crianza para madres con altos niveles de estrés que participaron en un programa de ocho semanas de duración.

Valoración del programa por parte de las familias

Los datos indican con rotundidad que las familias han valorado muy satisfactoriamente su participación en el programa; este hecho es especialmente

relevante en lo que se refiere a la valoración de su eficacia, lo que supone que las familias identifican la implementación de nuevas rutinas interactivas positivas en su crianza cotidiana y un impacto positivo en el desarrollo psicológico de sus hijas e hijos. Sin embargo, como se comentará más adelante, la evaluación rigurosa del programa requiere un cambio en la metodología practicada en esta fase del programa. Finalmente, es de destacar que las familias realizan una serie de sugerencias que se dirigen fundamentalmente a mejorar cuestiones logísticas relativas a la implementación, como el sistema de citas y, sobre todo, dirigidas a lograr una mayor implantación del programa en la población de familias ubicadas en la franja de edad entre los 0 y los 6 años.

En lo que se refiere a la valoración de los resultados derivados de la implementación del programa y del proceso I+D+I (bloque 2), conviene resaltar que proceden de un proceso de reflexión conjunta entre todas las personas implicadas en el programa, incluyendo familias, profesionales, políticas e investigadoras.

4.2. Instrumentos utilizados en el programa: propuesta de mejora

La decisión de adaptar cuatro nuevos instrumentos, HEFAS, para evaluar la calidad de los contextos familiares, se tomó para lograr un ajuste máximo entre los ítems de promoción parental del desarrollo y los logros evolutivos específicos normativos de la edad infantil en meses. El objetivo de este ajuste es lograr una evaluación más fina de las competencias parentales de andamiaje, motor, cognitivo y lingüístico y evitar que el uso de criterios de evaluación más genéricos arroje como resultado un alto porcentaje de familias en niveles muy altos de calidad del contexto familiar, tal y como ha ocurrido en los años de implementación del programa.

El objetivo expuesto afecta también al instrumento de evaluación del desarrollo utilizado hasta ahora. La inclusión del nuevo instrumento (ASQ-3) aporta una herramienta con mejores indicadores psicométricos que el anterior y permite lograr una sincronía muy alta entre los ítems de evaluación de las competencias parentales de promoción del desarrollo y los ítems de evaluación del propio desarrollo infantil. Igualmente, se evita que el uso de un instrumento centrado entre los 18 y los 30 meses de edad, penalice las puntuaciones de los niños y niñas entre los 0 y los 18 meses y facilite la valoración positiva de los que se encuentran en la franja entre los 30 y los 47 meses. La consecuencia final de las modificaciones realizadas redundará en favor de una clara mejora estructural y cualitativa del informe que se ofrece a las familias en la fase de devolución del programa.

Además de las competencias relativas a la promoción parental del desarrollo infantil, se han incluido o reformulado nuevas competencias que

no se encontraban suficientemente desarrolladas en el instrumento anterior. Entre ellas, es especialmente destacable la inclusión del factor Andamiaje de la Autorregulación (AAU), presente implícitamente en todas las escalas y realizada de manera explícita en las escalas de 18-35 meses y 36-59 meses. Su inclusión era obligada dada la trascendencia evolutiva de la maduración de las funciones ejecutivas en este periodo evolutivo y la preocupación que muestran las familias sobre su capacidad para gestionar las rabietas infantiles. Otra inclusión inevitable ha sido la del factor Regulación del Entorno Digital (RED), evaluada anteriormente con un instrumento aparte, pero que debe ser ya incluida dada su presencia y estabilidad en los contextos familiares actuales. El complemento adecuado a esta competencia viene constituido por la inclusión del factor Exposición Regulada de Adultos a Pantallas (ERAP), cuyo objetivo es evaluar el modelaje parental ofrecido a niñas y niños en el uso de los dispositivos electrónicos.

Otros factores del contexto familiar incluyen la medición de la Autoeficacia Parental (AP), que refleja resultados recientes de investigación que han identificado el significativo impacto de esta variable, centrada en la autovaloración que madres, padres y personas cuidadoras realizan sobre sus competencias parentales y sobre el desarrollo infantil. Su peso aumenta cuando se constata que su promoción se ha convertido en uno de los pilares de la intervención familiar en el ámbito de la parentalidad positiva. La redefinición del antiguo factor Implicación del Padre como Corresponsabilidad Parental (CRP) aporta un enfoque de coeducación y no estigmatizador que, probablemente, facilitará una mayor implicación de los padres en el proceso de crianza infantil. Finalmente, es importante resaltar que las denominaciones de Estrés Parental Adaptativo (EPA) y Conflicto Parental Adaptativo (CPA) resultan técnicamente más precisas y mucho más compatibles con el enfoque no centrado en el déficit de la perspectiva teórica de la parentalidad positiva.

Cabe destacar, finalmente, que una consecuencia significativa del diseño de cuatro nuevos instrumentos de evaluación del contexto familiar reside en el hecho de poner a disposición de las personas profesionales que trabajen en el ámbito de la intervención familiar unas nuevas herramientas para potenciar sus recursos de evaluación, que puedan servir para diseñar intervenciones basadas en una buena detección de las problemáticas y necesidades de las familias.

4.3. Diseño e implementación del programa: propuesta de mejora

La modificación más significativa en lo que se refiere al diseño del programa es de mucha relevancia porque se refiere a la evaluación de su impacto con un enfoque longitudinal de medidas repetidas. La

nueva propuesta del diseño del programa quedaría reflejada de la siguiente manera: en Tiempo 1 se realiza la primera evaluación del contexto familiar y el desarrollo infantil. Posteriormente, se hace la entrevista de devolución de resultados en la que se entregan las orientaciones para incorporar las nuevas rutinas en función de los resultados obtenidos. A los dos y cuatro meses desde la entrevista de devolución, la psicóloga realiza un seguimiento telefónico sobre posibles dudas y sobre la incorporación de las nuevas rutinas. Finalmente, a los seis meses, en Tiempo 2, se evalúa nuevamente el contexto familiar y el desarrollo infantil para conocer si verdaderamente se instauraron las nuevas rutinas.

Esta mejora cualitativa se debe al desarrollo de los cuatro nuevos instrumentos de calidad del contexto familiar (HEFAS) que van a permitir evaluar el mismo con mayor precisión en Tiempo 2. También la evaluación del desarrollo infantil en Tiempo 2 mejora ostensiblemente con el uso del ASQ-3. El nuevo diseño contiene, por otra parte, una novedad metodológica importante al incluir tres medidas de validez convergente a las llevadas a cabo por las escalas HEFAS; una de ellas es el CDP+, centrado específicamente en la evaluación de todas las competencias incluidas en la nueva propuesta. Otra medida es la ficha de seguimiento que se provee a las familias en el informe de devolución y en la que las familias registrarán la incorporación de nuevas rutinas interactivas relativas a los ítems en los que obtuvieron en Tiempo 1 una valoración no favorable. La tercera medida convergente es la autopercepción que las familias realizan sobre el impacto del programa en la encuesta de satisfacción que cumplimentan al concluir.

Finalmente, cabe señalar como limitación de la versión renovada del programa el hecho de que los nuevos instrumentos diseñados para la evaluación del contexto familiar, escalas HEFAS, deben ser analizados desde la perspectiva de sus propiedades psicométricas, aunque estén apoyados en evidencias científicas en el ámbito de la parentalidad positiva y aunque procedan de un instrumento matriz que ya estaba validado (Velasco *et al.*, 2014).

Como conclusión de la discusión realizada, se exponen en forma de recomendaciones las implicaciones prácticas y de acción política derivada de los datos obtenidos en el programa Descubre tu Potencial para Educar a tus Hijos e Hijas y derivadas igualmente, de su proceso de implementación desde la perspectiva de Investigación + Desarrollo + Innovación.

4.4. Recomendaciones

A partir de todo lo expuesto, es posible establecer una serie de recomendaciones:

- Utilizar el enfoque teórico-metodológico de las dimensiones de la parentalidad como marco

de referencia común de la acción política en el ámbito de la parentalidad positiva.

- Extender el rango de variabilidad relativa al nivel socioeconómico y educativo de las familias participantes.
- Potenciar la derivación de familias al programa desde los ámbitos sanitario, judicial, social y educativo.
- Potenciar la incorporación del programa a la comunidad y difundir su disponibilidad para las familias residentes en el Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz.
- Llevar a cabo acciones de difusión y de formación dirigidas a las familias para la promoción de las competencias parentales asociadas a los factores evaluados en el programa y que generan las siguientes áreas de atención prioritaria (niveles 1, 2 y 3):
 - Estrés parental adaptativo (1).
 - Andamiaje del desarrollo cognitivo (juego) (1).
 - Autorregulación emocional, cognitiva y comportamental (1).
 - Autoeficacia parental (1).
 - Regulación del entorno digital (1).
 - Exposición regulada de adultos a pantallas (1).
- Autoestima autonomía (1).
- Conflicto parental adaptativo (2).
- Frustración óptima (2).
- Corresponsabilidad parental (2).
- Conocimiento de los hitos del desarrollo psicológico infantil (3).
- Andamiaje del desarrollo lingüístico (3).
- Redes de apoyo social (3).
- Relaciones con el centro infantil o guardería (3).
- Poner a disposición de la comunidad profesional los nuevos instrumentos de evaluación de la calidad del contexto familiar (escalas HEFAS).
- Formar a las personas profesionales que trabajan en el ámbito de intervención familiar en el uso de instrumentos de evaluación del contexto familiar.
- Formar a las personas profesionales que trabajan en el ámbito de la intervención familiar en el uso de instrumentos de evaluación del desarrollo psicológico infantil.
- Poner a disposición de las familias participantes en los programas presenciales municipales de parentalidad positiva y de apoyo familiar, un servicio de apoyo online con el objetivo de dar apoyo individualizado en un contexto de confianza y confidencialidad.

Referencias bibliográficas

- ANAUT, M. y CYRULNIK, B. (2014): *Résilience. De la recherche à la pratique*, París, Odile Jacob.
- ARRANZ-FREIJO, E. (2002): "Conflicto: antropología, psicología y educación", *XV Congreso de Estudios Vascos: Ciencia y cultura vasca y redes telemáticas*, Donostia, Eusko Ikaskuntza, pp. 241-252.
- ARRANZ-FREIJO, E. y BARRETO-ZARZA, F. (2020): *Cuestionario de dimensiones de la parentalidad*, Universidad del País Vasco (UPV/EHU).
- (2021): *Programa Criando en Equipo. Intervención psicoeducativa para familias en situación de vulnerabilidad con niños y niñas entre 0 y 6 años*, Cruz Roja Española.
- ARRANZ-FREIJO, E.; BARRETO-ZARZA, F.B.; ETXANIZ ARANZETA, A.; OLABARRIETA ARTETXE, F.; RONCALLO ANDRADE, C.P.; ACHA, J. y GARCIA, M.D. (en prensa): "Bebés y pantallas digitales: una propuesta educativa audiovisual desde la parentalidad positiva", *Educació Social. Revista d'Intervenció Socioeducativa*.
- ARRANZ-FREIJO, E.; OLABARRIETA, F.; MANZANO, A.; BARRETO, F.; RONCALLO, C.; SÁNCHEZ-MURCIANO, M.; REKAGORRI, J. y GARCÍA M.D. (2016b): "Evaluación y educación preventiva de familias desde las claves de la parentalidad positiva", *Educació Social. Revista d'Intervenció Socioeducativa*, 64, pp. 11-28.
- ARRANZ-FREIJO, E.; OLABARRIETA, F.; MANZANO, A.; BARRETO, F.B.; RONCALLO, C.P.; SÁNCHEZ MURCIANO, M.; REKAGORRI, J. y GARCIA, M.D. (2019): "Assessment and preventive education for families, based on the principles of positive parenting", *Early Child Development and Care*, 189(5), pp. 792-801.
- ARRANZ-FREIJO, E.; OLABARRIETA ARTETXE, F.; MANZANO FERNANDEZ, A.; MARTIN AYALA, J.L. y GALENDE PEREZ, N. (2012): "The Etxadi Gangoiti Scale: a Proposal for Evaluating the Family Contexts of Two-year-old Children", *Revista de Educación*, 358, pp. 218-237.
- ARRANZ-FREIJO, E.B.; OLABARRIETA, F.; MANZANO, A.; MARTÍN, J.L.; CRUZ, N. y ETXANIZ, A. (2016a): "Assessment of positive parenting programmes in the autonomous region of the Basque Country (Spain)", *Psychosocial Intervention*, 25(2), pp. 127-134.
- ARRANZ FREIJO, E.; OLABARRIETA ARTETXE, F. y MARTÍN AYALA, J.L. (2010): "Educating from the family: A Proposal to connect homes and institutions", en Unceta, A. y Medrano, C. (eds.), *Equality, Equity, and Diversity*, Reno, Center for Basque Studies, pp.159-174.
- ARRANZ-FREIJO, E. y RODRIGO LÓPEZ, M.J. (2018): "Positive Parenting in Spain: Introduction to the Special Issue", *Early Child Development and Care*, 188(11), pp. 1503-1513.
- ASMUSSEN, K. (2012): *The evidence-based parenting practitioner's handbook*, Londres, New York, Routledge.
- AYUNTAMIENTO DE VITORIA-GASTEIZ (2015): *Análisis de los programas y actividades de parentalidad positiva en el Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz* [Informe interno del Servicio de Infancia y Familia y la Universidad del País Vasco, UPV/EHU].
- BARUDY, J. y DANTAGNAN, M. (2005): *Los buenos tratos a la infancia: Parentalidad, apego y resiliencia*, Barcelona, Editorial Gedisa.
- BLOOMFIELD, L. y KENDALL, S. (2012): "Parenting self-efficacy, parenting stress and child behaviour before and after a parenting programme", *Primary Health Care Research & Development*, 13(4), pp. 364-372.

- BOEKHORST, M.G.B.M.; HULSBOSCH, L.P.; NYKLÍ EK, I.; SPEK, V.; KASTELEIN, A.; BÖGELS, S.; POP, V.J.M. y POTHARST, E.S. (2021): "An online mindful parenting training for mothers raising toddlers: Assessment of acceptability, effectiveness, and personal goals", *Mindfulness*, 12(2), pp. 519-531.
- CONGER, R.D.; MARTIN, M.J. y MASARIK, A.S. (2021): "Dynamic associations among socioeconomic status (SES), parenting investments, and conscientiousness across time and generations", *Developmental Psychology*, 57(2), pp. 147-163.
- CROSNOW, R. (2015): "Continuities and consistencies across home and school systems", en SHERIDAN S., MOORMAN KIM E. (eds.): *Processes and Pathways of Family-School Partnerships Across Development*, Springer International Publishing, pp. 61-80, <http://doi.org/10.1007/978-3-319-16931-6_4>.
- DEHART, T.; PELHAM, B.W. y TENNEN, H. (2006): "What lies beneath: Parenting style and implicit self-esteem", *Journal of Experimental Social Psychology*, 42(1), 1-17.
- FANG, Y.; BOELEN, M.; WINDHORST, D.A.; RAAT, H. y VAN GRIEKEN, A. (2021): "Factors associated with parenting self-efficacy: A systematic review", *Journal of Advanced Nursing*, pp. 1-21, <<http://doi.org/10.1111/jan.14767>>.
- FIESE, B.H. y FISHER, M. (2019): "Family Context in Early Childhood Education", en SARACHO, O.N. (Ed.), *Handbook of Research on the Education of Young Children*, Routledge, pp. 284-30.
- GALENDE, N.; SÁNCHEZ DE MIGUEL, M. y ARRANZ, E. (2011): "The role of physical context, verbal skills, Non-parental care, social support, and type of parental discipline in the development of ToM capacity in Five-Year-Old children", *Social Development*, 20(4), pp. 845-861.
- GLYNN, L.M.; DAVIS, E.P.; LUBY, J.L.; BARAM, T.Z. y SANDMAN, C.A. (2021): "A predictable home environment may protect child mental health during the COVID-19 pandemic", *Neurobiology of Stress*, 14, nº 100291.
- GOBIERNO VASCO (2012): *Estudio de campo de los programas y actividades de parentalidad positiva existentes en la Comunidad Autónoma del País Vasco*, Dirección de Política Familiar y Desarrollo Comunitario/ Consejería de Asuntos Sociales, <https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_observ_infancia/es_publica/adjuntos/parentalidad_positiva.pdf>.
- (2018): *Plan Interinstitucional de Apoyo a las Familias de la CAE para el periodo 2018-2022*, Dirección de Política Familiar y Diversidad/ Consejería de Asuntos Sociales, <https://www.euskadi.eus/contenidos/plan_departamental/2o_plandep_xileg/es_def/adjuntos/IV%20Plan%20Interinstitucional%20de%20Apoyo%20a%20las%20Familias%20de%20la%20CAE%202018_2022.pdf>.
- HAEZI-ETXADI (2017): *Parentalidad positiva, promoción del desarrollo psicológico saludable desde las prácticas parentales*, Barcelona, Fundación Universitaria Iberoamericana.
- HANINGTON, L.; HERON, J.; STEIN, A. y RAMCHANDANI, P. (2012): "Parental depression and child outcomes—is marital conflict the missing link?", *Child: Care, Health and Development*, 38(4), pp. 520-529.
- HUERTA, M.D.C.; ADEMA, W.; BAXTER, J.; HAN, W.; LAUSTEN, M.; LEE, R. y WALDFOGEL, J. (2014): "Fathers' Leave, Fathers' Involvement and Child Development: Are they Related? Evidence from Four OECD Countries", *European Journal of Social Security*, 16(4), pp. 308-346.
- JAEGER, M.M. (2012): "The extended family and children's educational success", *American Sociological Review*, 77 (6), pp. 903-922.
- JUVINYA-CANAL, D. (2013): "Salutogénesis, nuevas perspectivas para promover la salud", *Enfermería Clínica*, 23(3), pp. 87-88.
- LIDBECK, M. y BOSTRÖM, P.K. (2021): "I believe it's important for kids to know they have two parents: Parents' experiences of equally shared parental leave in Sweden", *Journal of Social and Personal Relationships*, 38(1), pp. 413-431.
- LUGO-GIL, J. y TAMIS-LEMONDA, C.S. (2008): "Family resources and parenting quality: Links to children's cognitive development across the first 3 years", *Child Development*, 79(4), pp. 1.065-1.085.
- MCPHERSON, K.E.; KERR, S.; MORGAN, A.; MCGEE, E.; CHEATER, F.M.; MCLEAN, J. y EGAN, J. (2013): "The association between family and community social capital and health risk behaviours in young people: an integrative review", *BMC public health*, 13(1), pp. 1-13.
- MILTEER, R.M.; GINSBURG, K.R.; COUNCIL ON COMMUNICATIONS AND MEDIA COMMITTEE ON PSYCHOSOCIAL ASPECTS OF CHILD AND FAMILY HEALTH y MULLIGAN, D.A. (2012): "The importance of play in promoting healthy child development and maintaining strong parent-child bond: Focus on children in poverty", *Pediatrics*, 129(1), pp. 204-213, <<https://doi.org/10.1542/peds.2011-2953>>.
- MORGAN, A. y HERNÁN, M. (2013): "Promoción de la salud y del bienestar a través del modelo de activos", *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 15(3), pp. 78-86.
- NEWBORG, J., STOCK J.R., y WNEK, L. (2011): *Inventario de Desarrollo Batelle. Manual de aplicación*, Madrid, TEA ediciones.
- NIEUWBOER, C.C.; FUKKINK, R.G. y HERMANS, J.M. (2013): "Online programs as tools to improve parenting: A meta-analytic review", *Children and Youth Services Review*, 35(11), pp. 1.823-1.829.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2004): *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice: Summary report*, Geneva, World Health Organization, <https://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf>.
- PÉREZ-BOTELLA, M.; DOWNE, S.; MAGISTRETTI, C.M.; LINDSTROM, B. y BERG, M. (2015): "The use of salutogenesis theory in empirical studies of maternity care for healthy mothers and babies", *Sexual & Reproductive Healthcare*,

- 6(1), pp. 33-39.
- PESIC, J. y BAUCAL, A. (1996): "Vygotsky and psychoanalysis: Toward dialogue", *Journal of Russian & East European Psychology*, 34(1), pp. 33-39.
- POURTOIS, J. y DESMET, H. (2006): *La educación postmoderna*, Madrid, Popular.
- RECOMENDACIÓN 19 (2006): Comité de Ministros a los Estados miembros del Consejo de Europa. Políticas de apoyo al ejercicio positivo de la parentalidad. (Adoptada por el Comité de Ministros el 13 de Diciembre de 2006 en la 983ª reunión de los delegados de los ministros), <<http://www.coe.int/t/dg3/youthfamily>>.
- RODRIGO, M.J.; AMORÓS, P.; ARRANZ-FREIJO, E.; HIDALGO GARCÍA, M.; MÁIQUEZ CHAVES, M.L.; MARTÍN, J.C.; MARTÍNEZ, R.A. y OCHAITA, E. (2015): *Guía de buenas prácticas en parentalidad positiva. Un recurso para apoyar la práctica profesional con familias*, Madrid, Ministerio de Sanidad, FEMP.
- RONCALLO, C.P.; BARRETO, F.B. y SÁNCHEZ DE MIGUEL, M. (2018): "Promotion of child development and health from the perinatal period: An approach from positive parenting", *Early Child Development and Care*, pp. 1.540-1.552, <<https://doi.org/10.1080/03004430.2018.1495630>>.
- ROUBINOV, D.S. y BOYCE, W.T. (2017): "Parenting and SES: relative values or enduring principles?", *Current opinion in psychology*, 15, pp. 162-167.
- SCHADY, N. (2011): "Parents' education, mothers' vocabulary, and cognitive development in early childhood: Longitudinal evidence from Ecuador", *American Journal of public health*, 101(12), pp. 2.299-2.307.
- SHONKOFF, J.P.; GARNER, A.S.; SIEGEL, B.S.; DOBBINS, M.I.; EARLS, M.F.; MCGUINN, L. y COMMITTEE ON EARLY CHILDHOOD, ADOPTION, AND DEPENDENT CARE (2012): "The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress", *Pediatrics*, 129(1), pp. e232-e246.
- SERVICIO DE INFANCIA Y FAMILIA y HAEZI-ETXADI (2019): *Programa de Parentalidad Positiva del Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz*, Vitoria-Gasteiz, Servicio de publicaciones del Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz.
- SHUMOW, L. y LOMAX, R. (2002): "Parental Efficacy: Predictor of Parenting Behavior and Adolescent Outcomes", *Parenting Science and Practice*, 2, pp. 127-150.
- SPAGNOLA, M. y FIESE, B.H. (2007): "Family routines and rituals: A context for development in the lives of young children", *Infants & Young Children*, 20(4), pp. 284-299.
- SQUIRES, J.; BRICKER, D.D. y TWOMBLY, E. (2009): *Ages & stages questionnaires*, Baltimore, Paul H. Brookes, pp. 257-182.
- STIGLIC, N. y VINER, R.M. (2019): "Effects of screen-time on the health and well-being of children and adolescents: a systematic review of reviews", *BMJ open*, 9(1), e023191.
- VELASCO, D.; SÁNCHEZ DE MIGUEL, M.; EGURZA, M.; ARRANZ, E.; ARANBARRI, A.; FANO, E. e IBARLUZEA, J. (2014): "Evaluación del contexto familiar en un estudio de salud pública", *Gaceta Sanitaria*, 28(5), pp. 356-362.
- WAN, M.W.; FITCH-BUNCE, C.; HERON, K. y LESTER, E. (2021): "Infant screen media usage and social-emotional functioning", *Infant Behavior and Development*, 62, nº 101.509.
- WONG, C.W.; TSAI, A.; JONAS, J.B.; OHNO-MATSUI, K.; CHEN, J.; ANG, M. y TING, D.S.W. (2021): "Digital Screen Time During the COVID-19 Pandemic: Risk for a Further Myopia Boom", *American journal of ophthalmology*, 223, pp. 333-337.

Desarrollo autonómico de la prestación económica de asistencia personal

Fernando M. Jimeno Jiménez

UNED Ceuta

fernandom.jimeno@gmail.com

Artikulu honetan, laguntza pertsonalerako prestazio ekonomikoaren lurraldeko arau-garapena aztertzen da. Autonomia sustatzeko programa da, eta egun gutxi ezartzen dena Espainiako mendetasun-sisteman; baina etorkizun itxaropentsua du. Estatuko araudiak gutxieneko batzuk finkatzen ditu, eta autonomia-erkidegoen eskumena da edukian eta aintzatespen-eskakizunetan sakontzea; batez ere finantzaketa propioaren eremuan jarduten dutenean. Azken urteotan aurrera egin da gai hau esklusiboki araututa, elkarrekin, bereziki Bizitza Independentearen Mugimenduak, eskatzen duten bultzadaren ondorioz. Egin beharreko zereginen definizioa, prestazioa aitortzera bideratutako zuzkidura ekonomiko handiagoa, eta bateragarritasun-eredu malguago eta kasu zehatzari egokituagoa izateko aukera, programa honen aurrerabidean garrantzitsuak diren elementuak antzematen dira.

GAKO-HITZAK:

Laguntza pertsonala, prestazio ekonomikoa, autonomia-sustapena, mendetasun-egoera, autonomia-erkidegoko arautegia.

En el presente artículo se analiza el desarrollo normativo territorial de la prestación económica de asistencia personal, programa de promoción de la autonomía con escasa implantación actual en el sistema de dependencia español, aunque con esperanzador futuro. La regulación estatal fija unos mínimos, siendo competencia de las comunidades autónomas profundizar en su contenido y los requisitos de reconocimiento, especialmente cuando actúan en el ámbito de financiación propio. En los últimos años se ha avanzado con la regulación en exclusividad de esta materia, circunstancia derivada del impulso que demandan las asociaciones, en especial el Movimiento de Vida Independiente. La definición de tareas a realizar, la mayor dotación económica destinada al reconocimiento de la prestación, así como la posibilidad de un modelo de compatibilidad más flexible y ajustado al caso concreto, se atisban elementos relevantes en el progreso de este programa.

PALABRAS CLAVE:

Asistencia personal, prestación económica, promoción autonomía, situación de dependencia, normativa autonómica.

1. Introducción

En la primera década del siglo XXI, el poder legislativo español aprueba la regulación del sistema de autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (LAPAD), coincidiendo en el tiempo con la ratificación de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Ambos instrumentos incluyen en su articulado contenido normativo básico y compromisos futuros, respectivamente, dirigidos a definir y potenciar la asistencia personal.

El primero de los textos legales define la asistencia personal, indicando que se considera un servicio prestado (por el asistente personal), con el objetivo de fomentar la vida independiente de la persona en situación de dependencia, promoviendo o potenciando su autonomía personal, finalidad específica de la LAPAD (junto a la atención de la situación de dependencia). ¿Cómo actúa la figura del asistente personal? Colaborando en la realización o ejecutando las tareas propias de la vida ordinaria de la persona en situación de dependencia. A pesar de su novedad en la LAPAD, tiene largo recorrido en Estados Unidos y varios países europeos (Foro de Vida Independiente y Diversidad, 2015).

La LAPAD debe ponerse en relación con la ratificación por el Estado español en 2008 de la Convención Internacional sobre Derechos de las Personas con Discapacidad, toda vez que las partes firmantes se comprometen y asumen el derecho a la vida independiente, garantizando la vida en comunidad en condiciones de igualdad, de modo que se evite la situación de aislamiento. En el texto internacional se produce una apuesta decidida por la asistencia personal en tanto que instrumento que favorece la capacidad de actuación autónoma y la libre toma de decisiones individuales. No obstante, se mantienen otras opciones de diferente naturaleza (atención domiciliaria, residencial u otros servicios de apoyo comunitario). En el reconocimiento y desarrollo de la asistencia personal ha resultado fundamental la actuación del Movimiento de Vida Independiente (Carbonell, 2017), aportando contribuciones no solo teóricas, sino también prácticas en su configuración y efectiva realización.

Muestra de la incidencia del contenido de la referida convención internacional es la reciente aprobación de la reforma de la legislación civil y procesal referida al apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica.

La atención que realiza el sistema de la LAPAD respecto de la asistencia personal adopta la forma de prestación económica. En un primer momento, se detecta que el contenido de esta norma en la materia de estudio es mínimo, orientado a establecer unas reglas comunes facilitadoras de un desarrollo autónomo amplio.

El objetivo del presente artículo pretende un análisis descriptivo, profundizar en los condicionantes

establecidos en la normativa española, requisitos exigidos para el reconocimiento de la prestación económica de asistencia personal. Para ello, se analizarán las reglas nacionales establecidas en la LAPAD y su normativa de desarrollo, generalizadas a nivel estatal. Posteriormente se profundizará en el desarrollo territorial, reflexionando en torno a sus elementos particulares, así como en los intentos dirigidos hacia la mayor intensidad en la difusión del programa y aceptación por sus destinatarios.

Desde la entrada en vigor de la LAPAD, el desarrollo de la prestación económica de asistencia personal ha sido muy limitado. Después de catorce años desde la implantación del sistema de dependencia, es el programa individual de atención menos reconocido a nivel nacional (0,56 %). La excepción la representa el País Vasco (7,13 %) y, en menor medida, Castilla y León (1,05 %), siendo testimonial o inexistente en las restantes autonomías¹.

Se puede comprobar que existe un importante desajuste entre las posibilidades potenciales de este recurso y la realidad (Carbonell, 2017), siendo necesarias su mayor difusión y conocimiento (Saavedra, 2018). Debe matizarse que hay estudios que demuestran el impacto positivo de un mayor desarrollo de la asistencia personal, toda vez que el retorno de la inversión es más elevado que el de otros programas (Quezada y Motos, 2017). De igual modo, es una garantía del respeto a la voluntad de la persona con diversidad funcional (Suñe y Martínez, 2015).

2. La prestación económica de asistencia personal en la ley de dependencia y normativa de desarrollo estatal

El modelo de protección en la LAPAD se articula en torno a servicios y prestaciones económicas. Los primeros, facilitados por la Administración Pública competente con su red de servicios públicos y privados concertados, son considerados programas en especie y son prioritarios en el momento de asignar el programa individual de atención (PIA). Las prestaciones económicas implican una transferencia económica con destino variado, unas veces finalista (la asistencia personal o la vinculada al servicio), otras sin justificación, aunque orientadas a la adecuada atención del beneficiario (cuidados en el entorno familiar).

2.1. Naturaleza de la prestación económica de asistencia personal

El objetivo de la prestación económica de asistencia personal está orientado a contribuir a la contratación

¹ Información obtenida en la página oficial del Imsero (datos referidos a 30 de junio de 2021); <<https://www.imsero.es/InterPresenta/groups/imsero/documents/binario/estsisaad20210630.pdf>>.

de una asistencia personal, durante un número de horas, facilitadoras del acceso al trabajo, la educación y una vida más autónoma en el ejercicio de las actividades básicas de la vida diaria. En esta definición que facilita la LAPAD (artículo 19) deben tomarse en consideración dos aspectos relevantes. Por un lado, concreta un destino último (facilitar trabajo y educación), aunque deja abierta la posibilidad de realizar otras actuaciones, aquellas que redunden en una vida más independiente de la persona. Por otro lado, el objetivo de la prestación económica de asistencia personal es “contribuir”, en definición de la Real Academia Española, “ayudar, junto a otros, a la consecución de un fin”, un apoyo que favorezca el desarrollo individual en la vida ordinaria.

La asistencia personal tiene formato de prestación económica en tanto que transferencia monetaria. Como contrapartida, el interesado asume la justificación de la contratación efectuada y la acreditación de su coste (la atención prestada debe superar, o al menos ser igual, a la financiación pública reconocida). La necesidad de demostrar el gasto efectuado permite considerar su naturaleza como finalista (Jimeno, 2021), con una aproximación al concepto de servicio, en denominación del consejo territorial del sistema de dependencia, servicio indirecto (Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, 2014). Este planteamiento encaja con la profesionalización y titulación exigible al asistente personal, aunque, al fundamentarse en una relación personal tan directa entre beneficiario y asistente, sea necesario adicionalmente un elevado nivel de empatía, elemento básico (Fariñas, 2018).

Debe diferenciarse de la prestación económica vinculada al servicio (artículo 17 de la LAPAD), cuya finalidad es el acceso al mercado privado ante ausencia de servicio público o privado concertado en el catálogo, coincidiendo en la naturaleza finalista y la necesidad de justificación. Se diferencian ante el carácter sustitutivo de la vinculación (no existe servicio público o concertado) y la necesaria contratación con entidad debidamente acreditada (artículo 14.3 de la LAPAD), frente al fomento de la vida independiente y la promoción de una vida más autónoma en la asistencia personal, efectuada con persona cualificada en virtud de contrato laboral o entidad prestadora de servicios.

El deslinde respecto de la excepcional prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores (artículo 18 de la LAPAD) es nítido, por justificarse su reconocimiento en las atenciones informales efectuadas por el núcleo familiar más cercano (hasta tercer grado) o persona del entorno, en su caso. No existe obligación alguna de justificar su destino, aunque se pueda realizar seguimiento para comprobar la adecuación de los cuidados prestados.

Por último, es necesario diferenciar la asistencia personal del servicio de ayuda a domicilio. Las atenciones domiciliarias (artículo 23 de la LAPAD),

en su doble vertiente de cuidados *versus* tareas domésticas, deben ser efectuadas por entidades debidamente acreditadas, con programa definido de actuación, tomando como referencia la vivienda de la persona en situación de dependencia². Por tanto, la ayuda a domicilio pivota en torno a la residencia habitual del beneficiario y la asistencia personal se define por su finalidad, la promoción de la autonomía y el desenvolvimiento en comunidad. No obstante, las tareas que debe desarrollar la asistencia son complejas de definir y relacionadas con múltiples áreas de actuación (Rodríguez-Picavea, 2007)³.

2.2. Normativa estatal

La regulación estatal de la prestación económica de asistencia personal se localiza en la propia LAPAD (fundamentalmente en sus artículos 14, 19 y 20), en el reglamento sobre prestaciones (Real Decreto 1051/2013) y las propuestas con alcance limitado que formule el Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Podría considerarse como una normativa mínima, con finalidad homogeneizadora, aunque limitada en su alcance, dada la tendencia al desarrollo autonómico. Desde el movimiento asociativo (Foro de Vida Independiente y Divertad, 2015), junto a investigaciones publicadas, se demanda una regulación de mayor intensidad (Fariñas, 2018; Bañez y Comas, 2021).

Dentro del respeto a la normativa estatal fijada en la LAPAD y el reglamento sobre prestaciones, la competencia para su desarrollo es autonómica (la Administración General del Estado en las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla). Debe indicarse que, en la regulación nacional de la prestación de asistencia personal, deben diferenciarse las reglas de alcance obligatorio frente a las sugeridas por el consejo territorial.

2.2.1. Reglas de contenido necesario fijadas en la LAPAD

Entre las normas de contenido básico, se han analizado en páginas anteriores el concepto y la naturaleza finalista de la prestación económica. Acerca de esta última apreciación, es preciso matizar la libertad de alternativas de que dispone el beneficiario para contratar, bien con una entidad (con o sin ánimo de lucro), bien una relación laboral o la compleja situación de la relación jurídica con empresario individual (persona física), situación esta que puede originar problemas en su deslinde, análisis que se efectuará en páginas posteriores.

² Las actuaciones del servicio de ayuda a domicilio tienen lugar en el hogar, entorno habitual de la persona en situación de dependencia, aunque puedan producirse salidas al exterior (por ejemplo, acompañamientos para realizar gestiones, ocio y tiempo libre).

³ Rodríguez-Picavea (2007) identifica las siguientes áreas de actuación de la asistencia: personales, hogar, acompañamiento, conducción, comunicación, coordinación, excepcionales y especiales.

La normativa estatal determina en el artículo 31 de la LAPAD la obligatoria deducción (se utiliza expresamente la denominación “deducirá”) sobre las prestaciones económicas del sistema de dependencia, entre las que se incluye la asistencia personal, de aquellos complementos identificados como de análoga naturaleza y finalidad previstos en los regímenes públicos de protección social, señalando de manera concreta los complementos de gran invalidez; de asignación económica por hijo a cargo mayor de dieciocho años y con al menos un 75 % de discapacidad; de tercera persona en las pensiones no contributivas de invalidez; y el subsidio por el mismo concepto establecido en la Ley de Integración Social de los Minusválidos (Ley 13/1982). Debe indicarse que no es una enumeración cerrada, abierta a otras concreciones, cuya finalidad es evitar el solapamiento entre prestaciones (Jimeno, 2018). Una vez reconocida la prestación económica, es inembargable (artículo 14.8 de la LAPAD), salvo lo previsto en el artículo 608 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, que hace referencia a la ejecución de sentencias condenatorias al pago de alimentos.

La cuantía de la prestación económica de asistencia personal prevista en la LAPAD es competencia estatal, en virtud de Real Decreto del Gobierno. Los importes máximos permanecen congelados desde 2012 (715,07 euros mensuales para el grado III, 426,12 euros al mes en el grado II y 300 euros al mes para el grado I), cifras que pueden minorarse en función de la capacidad económica de la persona dependientes o de los complementos de análoga naturaleza y finalidad, incluso dejando sin contenido económico la resolución final, circunstancia que justifica el escaso éxito obtenido por esta modalidad. La posibilidad de acrecentar el montante por las comunidades autónomas con cargo a sus presupuestos (artículo 11.2 de la LAPAD), es una opción que desarrollan algunas autonomías, medida amparada en su nivel adicional de protección y punto clave junto a otras consideraciones para activar su reconocimiento en mayor escala.

La aprobación de la prestación económica de asistencia personal es consecuencia de la confección de un programa individual de atención (artículo 29 de la LAPAD), dado que el órgano administrativo entiende que es la modalidad de intervención adecuada a las necesidades del beneficiario, una vez consultado el interesado o su familia. Una innovación introducida en el año 2012 (Real Decreto Ley 20/2012, artículo 22.7) es la aplicación de la asistencia personal a todos los grados de situación de dependencia, moderada (I), severa (II) y gran dependencia (III), ya que hasta ese momento estaba reservada solamente para el último. Por tanto, la asignación del programa es viable para cualquier persona en situación de dependencia, una vez que se determine en el programa individual la idoneidad para la promoción de la autonomía.

Una última apreciación es la preferencia de los servicios en la configuración del programa individual

de atención (artículo 14.2 de la LAPAD), condicionante que parece estar referido a la excepcionalidad de la prestación económica para cuidados familiares (artículo 14.4 de la LAPAD) y no tanto respecto de la asistencia personal, posiblemente debido a su configuración como recurso vinculado a la promoción de la autonomía (artículo 14.5 de la LAPAD).

2.2.2. Las aportaciones del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia

Los acuerdos del consejo territorial aportan una visión de conjunto, un marco uniforme, una propuesta de actuación similar en todas las comunidades autónomas. En relación con la prestación de asistencia personal, han sido dos las materias afectadas. Por un lado, en el Acuerdo del Consejo Territorial de 13 de julio de 2012 se determina la cuantía de la prestación de asistencia personal en función del coste del servicio y de la capacidad económica del beneficiario (Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, 2012), sin que el contrato suscrito con el asistente personal tenga importe inferior a la cantidad reconocida; por otro, en el de 25 de noviembre de 2008 se establece la titulación mínima exigible al asistente personal (Secretaría de Estado de Política Social, Familias y Atención a la Dependencia y la Discapacidad, 2008), indicando la cualificación profesional de atención sociosanitaria a personas en domicilio, certificaciones de profesionalidad y equivalencias, junto a nuevas posibilidades como la habilitación provisional o excepcional⁴.

Sin embargo, debe tenerse en cuenta que la sentencia de la Audiencia Nacional de 25 de febrero de 2011 considera que los citados acuerdos del consejo territorial solamente tienen capacidad de propuesta, una invitación homogeneizadora a las comunidades autónomas en el momento de elaboración normativa. En este sentido, el propio acuerdo del consejo territorial de 13 de julio de 2012, al fijar los criterios mínimos comunes (nº 11), determina que en seis meses las comunidades autónomas (Administraciones Públicas competentes) promoverán las disposiciones necesarias para dar cumplimiento y en el plazo de un año las adaptaciones sobre las situaciones jurídicas preexistentes.

2.2.3. El régimen de incompatibilidad previsto en el reglamento de prestaciones del sistema de dependencia

Por último, el reglamento de prestaciones (Real Decreto 1051/2013, art. 16) establece el régimen

⁴ Se han previsto convocatorias públicas de habilitación provisional y excepcional, en función de ciertos requisitos recogidos en el Acuerdo del Consejo Territorial de 19 de octubre de 2017, así como durante la situación de pandemia derivada de la covid-19 en virtud del acuerdo de 23 de marzo de 2020.

de incompatibilidades. Como regla general, la prestación de asistencia personal es incompatible con otras prestaciones económicas y con los servicios del catálogo, con excepción de los servicios de prevención, promoción de la autonomía personal y teleasistencia. No obstante, las Administraciones Públicas competentes puedan aprobar normativa propia que compatibilice la asistencia personal con los servicios de ayuda a domicilio, centro día/noche, prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales. En todo caso, con su nivel de financiación adicional podrán establecer las comunidades autónomas su propio régimen de compatibilidad.

3. Análisis del desarrollo normativo autonómico

Como se ha indicado anteriormente, se pueden establecer como reglas de contenido esencial: el concepto de asistencia personal como programa de promoción de la autonomía; la naturaleza finalista de la prestación económica; la libre contratación de servicios o laboral; la determinación de la cuantía de las prestaciones por medio de Real Decreto del Gobierno; el carácter deducible de las prestaciones de idéntica naturaleza y finalidad, el reconocimiento en virtud de aprobación del programa individual de atención; la extensión a los tres grados de situación de dependencia; la inembargabilidad de las prestaciones económicas (con alguna excepción) y la prioridad de los servicios del catálogo. Pueden asumirse a nivel autonómico los acuerdos aprobados por el consejo territorial en materia de participación en el coste del servicio y sobre titulación del asistente/a personal, así como adaptar la habilitación establecida sobre régimen de incompatibilidades.

Una vez tomadas en consideración las reglas anteriores, las Administraciones Públicas competentes establecen sus regulaciones dentro de su marco competencial. En las siguientes páginas se analizan elementos comunes y diferenciales.

3.1. Rango y marco normativo

El rango normativo donde se ha establecido la regulación básica de la prestación de asistencia personal ha sido diverso. Unas veces, el decreto del consejo de gobierno (Illes Balears, Castilla la Mancha, Galicia, Madrid, Murcia o Valencia); en otras ocasiones, la orden de la consejería que asume las funciones (Andalucía, Aragón, Castilla y León, Extremadura, La Rioja o territorio Imserso). Finalmente, el decreto foral (Álava, Gipuzkoa y Bizkaia)⁵.

⁵ En algún supuesto, ha sido una norma con rango de ley la que regula determinados aspectos (régimen de incompatibilidades en la disposición adicional 13 de la ley de servicios sociales de Canarias).

En los últimos años, bajo la tendencia de facilitar mayor promoción, han sido varias las comunidades autónomas que han aprobado normativa en exclusiva sobre la asistencia personal (Cataluña, Navarra o Diputación Foral de Bizkaia), o aportando instrucciones específicas (Valencia). La regla general ha sido la redacción de una normativa genérica, en el marco de los servicios y las prestaciones económicas del sistema de dependencia (Andalucía, Asturias o Castilla la Mancha), con inclusión adicional de la capacidad económica (Illes Balears, Cantabria o Castilla y León). Las diputaciones forales de Álava y Gipuzkoa se centran en las prestaciones económicas y en la Xunta de Galicia en la cartera de servicios. La Comunidad de Madrid y el Imserso (Ceuta y Melilla) en la regulación del reconocimiento del derecho a la situación de dependencia y las prestaciones del sistema.

3.2. Objetivo de la asistencia personal

El modelo autonómico más extendido es el que relaciona la asistencia personal con la promoción de la autonomía en actividades básicas (Aragón, Cantabria, Extremadura, La Rioja o Madrid). Algunas comunidades autónomas matizan que el objetivo está destinado a contribuir a los gastos de contratación del asistente personal, facilitando la educación y el trabajo (Andalucía, Asturias, Castilla y León, diputaciones forales de Álava y Gipuzkoa), tomando como referencia temporal un número de horas diarias.

De manera concreta, se incide en considerar la asistencia personal como instrumento destinado a favorecer la participación en asociaciones (Asturias) y a facilitar el acceso a recursos del entorno comunitario (Castilla la Mancha), así como la inclusión y participación en comunidad en los términos establecidos en la Convención de Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad (Comunidad Valenciana), de manera profesional y participando en actividades educativas y laborales de manera regular (Cantabria).

En Cataluña, tras consulta ciudadana⁶, se precisa que la asistencia personal se destina a la ayuda en el ejercicio de la autodeterminación (habilidad para definir y conseguir objetivos propios) y fomentar la autonomía personal, la integración social y la participación en la vida comunitaria. De igual forma, la futura normativa de la Generalitat pretende impulsar la asistencia personal para personas con discapacidad física y sordoceguera, con un plan piloto para las personas con discapacidad intelectual (La Vanguardia, 2020).

⁶ La iniciativa obedece al proyecto de regular la asistencia personal, consultando los colectivos que pueden acceder a su reconocimiento, la intensidad e importe de la prestación económica, la formación del asistente, con adaptación a la diversidad funcional, y la incidencia en la reducción de listas de espera residenciales.

3.3. Requisitos de acceso a la prestación económica

Se debe analizar el cumplimiento de requisitos desde una doble perspectiva, los exigidos a la persona en situación de dependencia y los que debe reunir el asistente personal.

3.3.1. Requisitos exigibles a la persona en situación de dependencia

Con independencia de los requisitos generales establecidos por la LAPAD (encontrarse en situación de dependencia en cualquiera de los tres grados y residencia en territorio español y haberlo hecho durante cinco años, de los cuales dos deben ser inmediatamente anteriores a la solicitud), y su reconocimiento como programa individual de atención, las comunidades autónomas establecen ciertas condiciones susceptibles de interés.

Con carácter general, se exige capacidad en el interesado para determinar los servicios necesarios, capacidad de control e impartición de instrucciones al asistente personal, directamente o por medio de representante (Andalucía, Illes Balears, Castilla la Mancha, Extremadura o La Rioja).

De manera concreta, las tareas a ejecutar deben quedar definidas y planificadas en función de las necesidades de apoyo, contenidas en documento escrito (Castilla la Mancha). La persona en situación de dependencia organiza el servicio según sus preferencias, decide la provisión y supervisa su prestación (Cataluña).

Algunas comunidades autónomas regulan requisitos específicos para reconocer el servicio. Así, presentar un proyecto de vida independiente⁷ (Comunidad Valenciana, Navarra⁸, diputaciones forales de Álava, Gipuzkoa y Bizkaia) o haber cumplidos tres años de residencia (Comunidad Valenciana⁹, Navarra, diputaciones forales de Álava y Gipuzkoa), siempre que suponga beneficio al desarrollo personal, laboral, social y comunitario. En Bizkaia¹⁰ se determina como requisito de edad haber cumplido 16 años con emancipación o ser mayor de 18 y menor de 65 años, salvo que al cumplir esta edad ya fueran beneficiarias, en cuyo caso continuará el reconocimiento.

La Diputación Foral de Bizkaia exige a las personas en situación de dependencia con grado I y

puntuación ubicada entre 25 y 39 puntos, de modo adicional, encontrarse valoradas con discapacidad igual o superior al 33% para acceder a la prestación económica. La Diputación Foral de Álava determina que para el acceso al nivel adicional de protección se exige empadronamiento y residencia efectiva en el Territorio Histórico de Álava durante tres años consecutivos inmediatamente anteriores a la primera solicitud de reconocimiento, o quienes reúnan el mismo periodo aunque con posterioridad a la resolución y, en todo caso, con una residencia mínima de ocho meses al año.

3.3.2. Requisitos exigibles al asistente personal

La regulación más representativa es la que exige al asistente personal los requisitos de mayoría de edad y residencia legal, al amparo de alguna fórmula contractual (relación jurídica con entidad social, empresa o contrato laboral), así como idoneidad para prestar los servicios (Andalucía, Illes Balears, Cantabria, Cataluña, La Rioja o Murcia).

De manera concreta, se matiza que no pueden acceder a la condición de asistente personal el cónyuge (pareja de hecho) y los parientes por consanguinidad, afinidad o adopción hasta el tercer grado de vínculo con la persona beneficiaria (Aragón, Asturias, Castilla La Mancha, Extremadura, Madrid, diputaciones forales de Álava y Gipuzkoa), un criterio relevante para diferenciar esta prestación económica respecto de la que protege los cuidados para el entorno familiar (y apoyo a cuidadores familiares), que sí exige esa relación (o con persona del entorno, en su caso). En determinadas autonomías la prohibición se extiende a la condición de tutor o acogedor (Navarra, diputaciones forales de Álava y Gipuzkoa). En la regulación de la Comunidad Valenciana, no es posible hasta el cuarto grado de consanguinidad o afinidad. En el decreto foral de Gipuzkoa no pueden acogerse a esta modalidad quienes pertenezcan a la misma orden religiosa y compartan ámbito residencial.

En la determinación de los requisitos de residencia, la Comunidad Valenciana exige empadronamiento en la Comunidad Autónoma para el asistente personal y en el decreto foral de Gipuzkoa, residir legalmente en el Estado español o francés.

En relación con la capacidad de la persona que pretenda ejercer la asistencia, en algún supuesto es preciso informe técnico acerca de su idoneidad (La Rioja), exigiendo su ratificación por los servicios sociales (Comunidad Valenciana) en el primer informe de seguimiento, conforme al tipo de diversidad funcional.

3.4. Modalidades y exigencias en la contratación

Es un principio básico la libertad de contratación de los servicios por la persona interesada (con los

⁷ En Navarra el plan individual de vida independiente se realiza por medio de la Oficina de Vida Independiente. En la Comunidad Valenciana existe un modelo preestablecido, donde se recogerán las características y condiciones del plan de vida independiente.

⁸ Navarra considera la prestación de asistencia personal como garantizada para personas en situación de dependencia y no garantizada para personas con discapacidad igual o superior al 65%.

⁹ La Generalitat Valenciana diferencia las tipologías en función de la edad: terapéutica para menores de 18 años (impulso de capacidades y fortalezas en la primera etapa vital), personas entre 18 y 64 años, y mayores de 65 años.

¹⁰ En Bizkaia el plan individual de vida independiente debe describir la situación de convivencia, las actividades ocupacionales, las de participación comunitaria y el número de horas necesarias, detallando puntualmente las funciones y tareas a realizar.

apoyos previstos tras la reciente reforma civil y procesal). Se pueden establecer varias posibilidades de contratación, con entidades sociales, empresas de servicios, empresario individual (autónomo) y relación sometida al régimen laboral. Las normativas autonómicas exigen de manera generalizada la acreditación en las primeras y requisitos de titulación para los trabajadores por cuenta propia y ajena. Ocupan una posición relevante las entidades sociales, en especial el modelo desarrollado por las oficinas de vida independiente, creadas por las personas con diversidad funcional y fundamentadas en un proyecto cuyo centro de atención son los beneficiarios, sin intervención de terceros (Gómez, Ordax, Moya y Sánchez, 2015).

Resulta fácil diferenciar la línea que separa un contrato de trabajo (relación laboral entre beneficiario y asistente) respecto de la contratación con una empresa dedicada a prestar específicamente a servicios asistenciales. Sin embargo, pueden surgir dudas en la relación con un trabajador por cuenta propia o autónomo. En este sentido, la jurisprudencia es nítida en sus conclusiones, al indicar que se deben tener en cuenta todas las circunstancias del caso en el momento de calificar su naturaleza (por cuenta propia o ajena), en particular si se reúnen las notas de ajenidad, dependencia, trabajo y retribución propias del contrato de trabajo, sometido a la legislación laboral, conforme a la sentencia de 26 de noviembre de 2012 del Tribunal Supremo.

Es importante destacar que en el contrato suscrito se deben fijar las directrices y cláusulas de confidencialidad (Illes Balears). En ningún supuesto la organización pública gestora será responsable, ni formará parte de la relación contractual establecida entre beneficiario y asistente (Cataluña). La Diputación Foral de Bizkaia establece un número mínimo de horas semanales a contratar, en función del grado de situación de dependencia reconocido (tres, cuatro o cinco, horas para los grados I, II y III, respectivamente).

Para finalizar este apartado, cabe reflejar la opinión del profesor Maldonado Molina (2015), al considerar que la modalidad contractual que mejor se adapta al concepto de vida independiente es el arrendamiento de servicios, por corresponderse con una relación jurídica entre iguales.

3.4.1. Titulación exigible al asistente personal

En páginas anteriores se ha comentado que el consejo territorial propone que las comunidades autónomas desarrollen normativa acerca de la cualificación profesional de atención sociosanitaria a personas en domicilio y equivalencias¹¹,

¹¹ A modo de ejemplo, en el artículo 12 de la orden EMP 48/2009 en la Comunidad Autónoma de Cantabria se establecen como titulaciones habilitantes “la cualificación profesional de Atención Sociosanitaria a Personas en el Domicilio creada por el Real Decreto

certificaciones de profesionalidad y fórmulas de habilitación provisional o excepcional, titulaciones requeridas para acceder a la prestación económica. La exigencia de titulación y formación está en línea con la idea de profesionalización, un perfil necesario para el desenvolvimiento de una persona con diversidad funcional (Rodríguez-Picavea, 2007).

Como muestra, la Comunidad de Cantabria toma en consideración la formación, experiencia y titulación, mientras que en la Comunidad Valenciana se valoran los servicios prestados en la atención de la situación de dependencia y la promoción de la autonomía, con titulaciones¹² (equivalencias) ajustadas a las específicas necesidades de la persona y su edad (Diputación Foral de Álava).

Ante las dificultades de obtención de titulación entre quienes ya se encuentran prestando servicios, se han previsto fórmulas transitorias, como la habilitada en Castilla y León, al entender cumplido el requisito siempre que la antigüedad laboral supere los seis meses o, en su caso, se formalice compromiso de formación futura.

3.4.2. Acreditación de empresas de servicios

Si la opción elegida por el beneficiario ha sido contratar con una entidad privada, en virtud de contrato de servicios, de naturaleza no laboral, se ha previsto en la LAPAD la acreditación como instrumento dirigido a examinar los requisitos mínimos y estándares de calidad asistenciales (Jimeno, 2017). La acreditación es una exigencia recogida expresamente en la normativa autonómica (Asturias, Cataluña, Madrid o Murcia); específicamente en la Comunidad de Castilla y León es necesario que el servicio de asistencia personal esté inscrito en el registro de entidades, servicios y centros de carácter social, bien sean entidades de iniciativa social, bien inscritas en el registro mercantil (Cataluña). En la Diputación Foral de Bizkaia es necesaria la inscripción de la entidad prestadora en el Registro Foral de Servicios Sociales.

295/2004, de 20 de febrero, o de Atención Sociosanitaria a Personas Dependientes en Instituciones Sociales, creada por el Real Decreto 1368/2007, de 19 de octubre, así como los correspondientes certificados de profesionalidad regulados por el Real Decreto 1379/2008, de 1 de agosto o por las vías equivalentes que se determinen. Asimismo, se considerarán los títulos de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería establecido por el Real Decreto 546/1995, de 7 de abril, o Técnico de Atención Sociosanitaria, establecido por el Real Decreto 496/2003, de 2 de mayo.

¹² Títulos de Técnico/a en Cuidados Auxiliares de Enfermería, Técnico/a de Atención Sociosanitaria, Técnico/a de Atención a Personas Dependientes, Técnico/a en Integración Social, Mediación Comunicativa, Animación Sociocultural o Educación Infantil, Titulaciones superiores a las mencionadas en los apartados anteriores en la rama de Ciencias de la Salud, de la Educación y Sociales, Certificado de Profesionalidad de Atención Sociosanitaria a Personas Dependientes en Domicilio, Certificado de Profesionalidad de Atención Sociosanitaria a Personas Dependientes en Instituciones Sociales, Certificado de Profesionalidad de Inserción Laboral de Personas con Discapacidad.

3.5. Definición de tareas a realizar en la asistencia personal

Las actuaciones y funciones del asistente personal deben estar enfocadas a fomentar la vida independiente, promoviendo o potenciando la autonomía personal. En este sentido, las comunidades autónomas han descendido a un nivel más concreto de detalle en su definición.

En la Orden ASC/471/2010 de Cataluña se precisa que la tarea principal es proporcionar el apoyo necesario para superar las limitaciones funcionales y colaborar en las tareas de la vida cotidiana para potenciar la autonomía personal y fomentar la vida independiente. No son tareas propias del asistente personal las derivadas de limpieza en profundidad, mantenimiento o mejora del domicilio, ni las que requieran formación en el ámbito sanitario. Sí son funciones incluidas en la asistencia el mantenimiento de la higiene y orden del espacio doméstico relacionadas con la atención personal. En todo caso, los cometidos que deban realizarse deben estar referidos al cumplimiento de la relación contractual y los de orden ético en el marco del código deontológico. Si se efectúan acciones de autocuidado que realiza el beneficiario o un familiar, el asistente debe contar con formación previa instrumental, asumiendo el beneficiario la responsabilidad por escrito.

La Orden Foral 224/2019 en Navarra, determina que, en función de las necesidades de la persona beneficiaria, podrán realizar los asistentes personales funciones de apoyo en: higiene, alimentación, mantenimiento de la salud y autocuidados; tareas domésticas; desplazamientos; comunicación; contexto laboral; formación profesional; asistencia a la enseñanza superior e investigación; contextos culturales, ocio y deporte; mejora de la empleabilidad; participación comunitaria y ciudadana; y actividades especiales mutuamente acordadas.

El Decreto 44/2015 de la Diputación Foral de Bizkaia refleja las funciones en el marco del plan individual de vida independientes, incluyendo: tareas personales (aseo, vestido, ayuda alimentación, transferencias, movilizaciones y ayuda necesidades fisiológicas); acompañamiento y asistencia; conducción, donde el importe destinado a las primeras no puede representar el 75 % o más de las horas. Se declaran excluidas: las relacionadas con la comida (preparación y compra); relacionadas con el vestido (lavado, planchado, ordenación, repaso, adquisición) o con el mantenimiento del hogar.

3.6. Obligación de colaborar por el beneficiario

En las normas autonómicas se recogen menciones expresas al deber de colaboración que asume la persona en situación de dependencia (representación, en su caso), referido en esencia

a facilitar información y comunicar modificaciones que afecten a la situación de reconocimiento, así como a destinar las prestaciones económicas a su finalidad y justificar la aplicación (Illes Balears) o facilitar el seguimiento público del cumplimiento de los requisitos (Castilla La Mancha, Extremadura), con especial incidencia en aquella documentación que no obre en poder de las Administraciones Públicas (La Rioja). De igual modo, comunicar cualquier incidencia que afecte al reconocimiento o produzca una modificación (Diputación Foral de Álava), de manera especial las referidas al asistente personal (Galicia).

Algunas comunidades autónomas establecen preceptos más específicos con la intención de profundizar en el contenido obligacional. Así, destinar la prestación a la finalidad prevista y someterse a actuaciones de comprobación (Navarra), o autorizar el ingreso domiciliario a efectos de seguimiento (Diputación Foral de Álava). La Diputación Foral de Gipuzkoa extiende la colaboración a la información sobre reintegro de prestaciones, la obtención del documento nacional de identidad (por cumplimiento de catorce años) o la adquisición de nacionalidad española. La Diputación Foral de Bizkaia precisa que las comunicaciones deben efectuarse dentro del plazo de un mes desde que se produzcan, especialmente las que afecten a una modificación del programa de vida independiente.

Finalmente, reflejar que los beneficiarios deben destinar la prestación a su finalidad, aunque en Castilla y León pueden justificar su contenido con otros servicios reflejados en el programa individual de atención.

3.7. Importe de la prestación económica

Se aprecian diferencias relevantes en la cantidad a reconocer en función de cada autonomía. Por una parte, se encuentran las comunidades autónomas que utilizan las referencias económicas establecidas en el Real Decreto Ley 20/2012¹³; por otra, aquellas que reconocen mayores importes en base al nivel de financiación propio¹⁴.

Es rasgo común definidor fijar un importe máximo según el grado de situación de dependencia, condicionando la resolución final en función de la capacidad económica, la intensidad de la dedicación horaria y el coste del servicio. La capacidad económica actúa como componente reductor, unas veces tomando en consideración únicamente las

¹³ Gran dependencia, 715,07 euros mensuales; dependencia severa, 426,12 euros/mes y la dependencia moderada, 300 euros/mes.

¹⁴ A modo de ejemplo, la Orden Foral 224/2019 del Consejero de Derechos Sociales de Navarra: gran dependencia, un máximo de 1.600 euros y un mínimo de 1.280 euros; dependencia severa, un máximo de 1.600 euros y un mínimo de 1.280 euros; dependencia moderada, un máximo de 700 euros y un mínimo de 560 euros. La discapacidad superior al 65 %, un máximo de 1.600 euros y un mínimo de 1.280 euros. Las cuantías se actualizan de conformidad con el IPC.

rentas personales del beneficiario (por ejemplo, Andalucía o el denominado territorio Imsero), otras en función de los rendimientos familiares divididos por el número de miembros (Navarra). De modo general, las escalas unas veces aplican un porcentaje de reducción en función del Indicador Público de Renta de Efectos Múltiples (Andalucía o Diputación Foral de Gipuzkoa), y otras la referencia es el salario mínimo interprofesional (Diputación Foral de Gipuzkoa). La intensidad se calcula conforme a la dedicación horaria, de modo que con la intensidad completa se podría acceder a la prestación íntegra y con la parcial de manera proporcional.

La reglamentación autonómica extiende el abono de la prestación económica durante doce mensualidades anuales, abonables por medio de transferencia bancaria a mes vencido¹⁵, debiendo destinarse su totalidad a la finalidad prevista. La Diputación Foral de Álava indica que la prestación económica es intransferible, no puede ofrecerse en garantía de obligaciones, ni objeto de cesión (total o parcial)¹⁶, compensación o descuento, así como retención o embargo.

Por último, no siempre se reconoce una prestación económica, admitiéndose la posibilidad de reconocimiento directo del servicio proporcionado por una entidad acreditada (Cataluña¹⁷).

3.8. Régimen de incompatibilidad

De acuerdo con lo previsto en el Reglamento de Prestaciones (artículo 16 del Real Decreto 1051/2013), las comunidades autónomas reflejan en su normativa la compatibilidad de las prestaciones de asistencia personal con los servicios de prevención, promoción de la autonomía personal y teleasistencia. Determinadas autonomías, haciendo uso de la habilitación prevista, así como con cargo a su nivel adicional, han establecido reglas propias.

En Andalucía es compatible la asistencia personal con los servicios de ayuda a domicilio, centro de día/noche y atención residencial durante el periodo vacacional del asistente. Asturias facilita el ingreso residencial temporal del beneficiario por un periodo máximo de treinta días al año (centro público o privado concertado). En Castilla y León se matiza la compatibilidad con la teleasistencia básica y avanzada. La Comunidad Valenciana excluye expresamente de la compatibilidad a las viviendas tuteladas. En Navarra se admite la compatibilidad con la atención diurna, la residencial y el servicio domiciliario municipal.

¹⁵ En los primeros diez días del mes siguiente (Cantabria).

¹⁶ Salvo para el reintegro de cantidades indebidamente percibidas o deuda pendiente de pago al Instituto Foral de Bienestar Social, se refleja en el Decreto Foral (Diputación Foral de Álava).

¹⁷ La orden reguladora establece la prestación económica para las personas con gran dependencia y el servicio en los supuestos de dependencia severa y moderada.

Cataluña ha previsto un modelo de incompatibilidad entre prestaciones que tengan el mismo objeto y finalidad, admitiendo la posibilidad de utilizar los servicios de tecnologías de apoyo y cuidados, los comunes para personas con discapacidad, las ayudas técnicas y otras prestaciones de apoyo a la accesibilidad y supresión de barreras. No obstante, el catálogo de actuaciones del Sistema Catalán de Autonomía y Atención a la Dependencia (y del Sistema Público de Servicios Sociales en Cataluña) ha previsto la compatibilidad entre dos servicios o entre un servicio y una prestación económica, limitada por criterios de intensidad, indicando qué prestación es la principal y cuál la secundaria, fijando como regla general la primacía del servicio.

La Diputación Foral de Álava, después de indicar la compatibilidad entre un máximo de dos servicios/prestaciones económicas para la dependencia grado I y un límite de tres para los grados II y III, establece reglas propias con cargo a su nivel de financiación propio o adicional. Así, para el grado I con 40 puntos o más de baremo (BVD), la asistencia personal será compatible con el centro de día en cualquier modalidad, con el centro nocturno para personas mayores, y con los servicios de respiro de centro diurno, nocturno y alojamiento para personas mayores y de vivienda con apoyos para personas con discapacidad o enfermedad mental (hasta 45 días anuales). Para los grados II y III, reglas similares, incluyendo el servicio de respiro en servicio residencial.

La Diputación Foral de Gipuzkoa establece la compatibilidad de la asistencia personal con la atención diurna, la ocupacional, estancias temporales (dos meses cada año continuos o discontinuos) y el centro sociosanitario, hospital psiquiátrico o similares (dos meses cada año, continuos o no), fijando minoraciones económicas por este motivo.

La Diputación Foral de Bizkaia declara la compatibilidad con el servicio de atención diurna, ayuda a domicilio, atención residencial inferior a dieciséis horas, estancia temporal residencial e ingreso sociosanitario limitado en el tiempo.

3.9. Requisitos formales a justificar

La justificación es la obligación asumida tras el abono de la prestación económica, aportando facturas y documentación contractual. Es regla común el deber de aportar los contratos derivados de la relación jurídica entre beneficiario y asistente (entidad social, servicios, autónomo o contrato laboral) y las facturas o recibos de nómina que demuestren el pago mensual por los servicios recibidos. Se aprecia variedad normativa.

En Asturias se exige la presentación de originales de las facturas emitidas durante el año, siempre justificando un importe igual o superior a la cuantía máxima. En Extremadura, se podrán exigir durante

el periodo de prescripción y en cualquier momento las facturas y recibos bancarios, debiendo aportar el beneficiario el contrato de prestación de servicios, con indicación de fecha de inicio, horas de atención y tarifa del precio.

La Xunta de Galicia precisa que deben aportarse las facturas (duplicado), aceptándose como prueba los extractos bancarios o certificaciones, aunque si consiente el beneficiario lo puede efectuar directamente la entidad prestataria. De igual forma, certificación acreditativa del cumplimiento de las obligaciones de afiliación, alta y cotización a la Seguridad Social del asistente personal y, en el mes siguiente, copia del contrato suscrito. En La Rioja resulta suficiente la presentación de la copia que demuestre la relación contractual o certificación de la empresa que preste los servicios. En la Comunidad de Valencia se ha previsto un modelo de declaración responsable que debe suscribir quien asuma la asistencia personal.

La Consejería de Derechos Sociales en Navarra es muy exhaustiva en la justificación, estableciendo la obligación genérica de justificar el cumplimiento de los requisitos exigidos para la concesión, aunque de manera específica: presentar (en un mes desde la concesión) el contrato laboral (alta en Seguridad Social) o de prestación de servicios; comunicar las modificaciones; y justificar el gasto (nóminas y cotizaciones o facturación).

La Diputación Foral de Álava exige la presentación en el primer trimestre de cada anualidad de la facturación o recibos de salarios abonados en el año inmediatamente anterior. Para la comprobación de la afiliación, alta y cotizaciones en materia de Seguridad Social, se ha previsto, previa autorización de la persona beneficiaria, la consulta desde el instituto foral en colaboración con la Tesorería General de la Seguridad Social. Deberán presentarse ante el órgano público el contrato (precontrato, en su caso) y la titulación acreditativa (experiencia profesional, cuando proceda), sustituible por declaración jurada por el representante legal de la empresa de servicios, si fuese la modalidad elegida.

3.10. Seguimiento del cumplimiento de requisitos y finalidad

La normativa autonómica menciona frecuentes referencias a la práctica de los seguimientos por profesional de la entidad pública encargada del reconocimiento y justificación de requisitos (Cantabria, Castilla y León, Cataluña, La Rioja, Madrid, diputaciones forales de Álava, Gipuzkoa y Bizkaia). Esta actuación se incardina en la planificación de actividades del programa individual de atención, por medio de informe de evaluación (Cataluña). El seguimiento adquiere relevancia no solo para valorar la evolución del programa desde la perspectiva de la entidad pública, sino también para conocer el nivel de satisfacción de las atenciones recibidas (Benedicto, 2013).

Serán técnicos cualificados los encargados de efectuar el análisis de manera periódica (anual en la normativa de Cataluña y La Rioja). La obligación de colaboración se extiende no solo al beneficiario, sino también a los responsables de centros dedicados a la prestación de servicios (La Rioja).

La Diputación Foral de Álava precisa con detalle el alcance del seguimiento, determinando que debe incluir la verificación acerca de si el beneficiario conserva capacidad para tomar decisiones o se respetan las condiciones fijadas en el contrato. De igual modo, comprobar los apoyos, la intensidad, continuidad y calidad de los servicios prestados, así como el mantenimiento de la contratación, el cumplimiento de las obligaciones en materia de Seguridad Social y gastos producidos. Finalmente, la residencia efectiva en el territorio histórico de Álava (ocho meses al año) si la prestación se enmarca en el nivel adicional de protección. La normativa de la Diputación Foral de Gipuzkoa delega el seguimiento en los ayuntamientos, previa financiación. En la Diputación Foral de Bizkaia se individualiza cada expediente al identificarse con una persona coordinadora.

3.11. Regulaciones específicas autonómicas

En este apartado se recogen respuestas aportadas por las comunidades autónomas a problemas de diferente naturaleza planteados en la actividad gestora, normalmente circunstancias sobrevenidas en los protagonistas de la relación jurídica.

La Diputación Foral de Álava regula la situación de baja por incapacidad temporal del asistente personal, entendiéndose que si no se contrata a un sustituto, la prestación permanece suspensa a partir del decimosexto día, siempre que no se prolongue más de seis meses, supuesto de extinción. La Diputación Foral de Gipuzkoa resuelve que se mantienen los requisitos con motivo de incapacidad temporal durante un periodo que comprende los días que resten hasta final de mes y los dos meses siguientes.

Para Extremadura, el ingreso temporal de la persona en situación de dependencia en un centro sanitario implica la suspensión de la prestación, debiendo comunicar fecha de ingreso y alta en el plazo de diez días. La Diputación Foral de Gipuzkoa entiende que continúan cumpliéndose los requisitos durante el periodo de vacaciones, hasta un máximo de treinta días por cada año natural.

4. Conclusiones

En los últimos años se aprecia un impulso decidido en varias comunidades autónomas dirigido a potenciar la prestación económica de asistencia personal, escasamente desarrollada en el sistema de dependencia, salvo excepciones (País Vasco).

Una muestra de la nueva dinámica es la aprobación en varias comunidades autónomas de normativa exclusiva que profundiza en los contenidos más relevantes, incluyendo procesos de participación ciudadana en el diseño del modelo (Cataluña). Las aportaciones efectuadas por el Movimiento de Vida Independiente están contribuyendo al nuevo desarrollo.

Tras el análisis reglamentario autonómico, se detecta que el futuro de la asistencia personal debe centrarse en dos elementos relevantes: por un lado, una mayor dotación de la prestación económica; por otro, la aplicación de un modelo de compatibilidad más flexible, en el marco de un paquete de prestaciones.

Son varias las comunidades autónomas que reconocen un importe más elevado que el común estatal, en lógica con cargo al nivel propio de financiación (adicional). Dada la finalidad de contribuir a la contratación de una persona asistente personal (relación laboral, entidad social, empresa de servicios o empresario autónomo), se estima

imprescindible incrementar los importes, toda vez que son cantidades máximas sometidas a reducción en función de la capacidad económica y la intensidad de los apoyos, además de deducciones derivadas de la percepción de complementos de análoga naturaleza y finalidad.

El segundo elemento susceptible de profundizar en su contenido es el modelo de compatibilidad. Como regla general, la compatibilidad es posible con la prevención, promoción de la autonomía personal y teleasistencia. La norma estatal establece varias posibilidades, algunas plasmadas en el desarrollo autonómico (ayuda a domicilio, centro de día/noche, residencial parcial o temporal). Sin embargo, será el nivel de financiación propio el que permita mayor creatividad. ¿En qué sentido? Posiblemente la respuesta se enfoque en dirección a un paquete de prestaciones, recogido en el programa individual de atención tras análisis del caso concreto, que permita compatibilizar la asistencia personal con otros programas en función de la situación de necesidad y ponderando la intensidad a recibir por cada uno.

Bibliografía referenciada

- AUDIENCIA NACIONAL (SALA DE LO CONTENCIOSO) (2011): Sentencia de 25 de febrero de 2011, recurso 90/2009.
- BAÑEZ, T, y COMAS, D. (2021): “El asistente personal como trabajador/a: su implantación en España”, *Zerbitzuan*, nº 74, pp. 99-113, <<https://doi.org/10.5569/1134-7147.74.06>>.
- BENEDICTO, Z. (2013): “La prestación económica de asistencia personal en el territorio histórico de Gipuzkoa”, *Zerbitzuan*, nº 54, pp. 67-84, <<https://doi.org/10.5569/1134-7147.54.04>>.
- CARBONELL, G. J.: (2017): “El asistente personal para una vida independiente: una figura en construcción”, *Revista de Derecho UNED*, nº 21, pp. 187-216.
- ESPAÑA (1982): Ley 13/82, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos (LISMI)”, *Boletín Oficial del Estado*, nº 103, 30-4-1982, <<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1982-9983>>.
- (2006): Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, ley 39/2006, de 14 de diciembre, publicada en el *Boletín Oficial del Estado*, nº 299, 15-12-2006, <<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-21990>>.
- (2008): Resolución de 2 de diciembre de 2008, de la Secretaría de Estado de Política Social, Familias y Atención a la Dependencia y la Discapacidad, por la que se publica el acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre criterios comunes de acreditación para garantizar la calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, *Boletín Oficial del Estado*, nº 303, 17-12-2008, <<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2008-20451>>.
- (2012): Real Decreto Ley 20/2012, de 13 de julio, sobre medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad, *Boletín Oficial del Estado*, nº 168, 14-7-2012, <<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2012-9364>>.
- (2012): Resolución de 13 de julio de 2012, de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia para la mejora del sistema para la autonomía y atención a la dependencia, *Boletín Oficial del Estado*, nº 185, 3-8-2012, <<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2012-10468>>.
- (2013): Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre de 2013, por el que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia establecidas en la Ley 39/2006, nº 168, *Boletín Oficial del Estado*, nº 313, 31-12-2013, <<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2013-13811>>.
- (2014): Resolución de 31 de julio de 2014, de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre los criterios para determinar el contenido del servicio de promoción de la autonomía personal para las personas reconocidas en situación de dependencia en grado II y III, y la evaluación anual correspondiente al ejercicio 2013 de los resultados de aplicación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal

- y atención a las personas en situación de dependencia, *Boletín Oficial del Estado*, nº 197, 14-8-2014, <<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2014-8733>>.
- (2015): Resolución de 3 de noviembre de 2015, de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, que modifica parcialmente el Acuerdo de 27 de noviembre de 2008, sobre acreditación de centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, *Boletín Oficial del Estado*, nº 274, 16-11-2015.
 - (2017): Resolución de 11 de diciembre de 2017, de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, que modifica parcialmente el Acuerdo de 27 de noviembre de 2008, sobre criterios comunes de acreditación para garantizar la calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, *Boletín Oficial del Estado*, nº 317, 30-12-2017.
 - (2020): Resolución de 23 de marzo de 2020, de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, que modifica parcialmente el Acuerdo de 27 de noviembre de 2008, sobre criterios comunes de acreditación para garantizar la calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia”, *Boletín Oficial del Estado*, nº 82, 25-3-2020.
 - (2021): Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica, *Boletín Oficial del Estado*, nº 132, 3-6-2021, <<https://www.boe.es/boe/dias/2021/06/03/pdfs/BOE-A-2021-9233.pdf>>.
- FARIÑAS, C. (2018): “El asistente personal, figura clave en la autonomía de la persona con dependencia”, *Revista Autonomía Personal*, nº 22, pp. 56-61.
- FORO DE VIDA INDEPENDIENTE Y DIVERTAD (2015): “La asistencia personal. Características y acciones a tomar para su implantación”, Foro de Vida Independiente y Divertad, <<http://forovidaindependiente.org/la-asistencia-personal-caracteristicas-y-acciones-a-tomar-para-su-implantacion/>>.
- GÓMEZ, N.; ORDAX, E.; MOYA, M.J. y SÁNCHEZ, F. (2015): “Prestación del servicio de asistencia personal”, en ORTEGA, E. (coord.), *Situación de la asistencia personal en España*, Plataforma Representativa Estatal de Personas con Discapacidad Física, pp. 26-34. <<https://www.asistenciapersonal.org/informe.pdf>>.
- JIMENO, F. (2017): “La acreditación de centros destinados a personas mayores en situación de dependencia: un instrumento al servicio del empleo y la calidad asistencial”, *e-Revista Internacional de la Protección Social*, vol. II, nº 2, pp. 114-127.
- (2018): “El impacto en las prestaciones económicas del sistema de dependencia español de los complementos deducibles de idéntica naturaleza y finalidad”, *e-Revista Internacional de la Protección Social*, vol. III, nº 1, pp. 202-214.
 - (2021): “La coordinación de las prestaciones de asistencia personal en el Derecho de la Unión Europea”, *e-Revista Internacional de la Protección Social*, vol. VI, nº 1, pp. 79-95.
- IMSERO (s.f.): “Información estadística destacada del SAAD”, *Instituto de Mayores y Servicios Sociales*, <https://www.imsero.es/imsero_01/documentacion/estadisticas/info_d/>.
- LA VANGUARDIA (2020): “La Generalitat impulsa un nuevo modelo de asistencia personal para personas con discapacidad física y sordoceguera”, *La Vanguardia*, 8 de agosto, <<https://www.lavanguardia.com/local/catalunya/catalunya-futur/20190808/463928632592/nuevo-modelo-asistencia-personal-personas-discapacidad-dependencia.html>>.
- MALDONADO, J.A. (2015): “Configuración jurídica de la figura del asistente personal”, en ORTEGA, E. (coord.), *Situación de la asistencia personal en España*, Plataforma Representativa Estatal de Personas con Discapacidad Física, pp. 36-44, <<https://www.asistenciapersonal.org/informe.pdf>>.
- ONU (2006): *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*, Nueva York, Organización de las Naciones Unidas, 13 de diciembre [instrumento de ratificación publicado en el *Boletín Oficial del Estado*, nº 96, de 21-4-2008, <<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-20086963>>].
- QUEZADA, M.Y. y MOTOS, C. (2017): *Medición comparativa del impacto socioeconómico y presupuestario de la asistencia personal frente a otras prestaciones tradicionales de atención a la situación de dependencia*, Observatorio Estatal de la Discapacidad, <<https://observatoriodeladiscapacidad.info/wp-content/uploads/2018/09/MEDICION-IMPACTO-SOCIOECONOMICO-AP.pdf>>.
- RODRÍGUEZ-PICAVEA, A. (2007): “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*, nº 41, pp. 115-127.
- SAAVEDRA, M. (2018): “La figura del asistente personal en la Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía y Atención a las personas en situación de dependencia ¿Realidad o quimera?”, *Aposta Revista de Ciencias Sociales*, nº 79, pp. 181-196.
- SUÑE, A. y MARTÍNEZ, I. (2015): “La figura del asistente personal”, en ORTEGA, E. (coord.), *Situación de la asistencia personal en España*, Plataforma Representativa Estatal de Personas con Discapacidad Física, pp. 18-23, <<https://www.asistenciapersonal.org/informe.pdf>>.
- TRIBUNAL SUPREMO (SALA DE LO SOCIAL, SECCIÓN 4ª) (2012): Sentencia de 26 de noviembre de 2012. Normativa autonómica que desarrolla la prestación económica de asistencia personal.

NORMATIVA AUTÓNOMICA QUE DESARROLLA LA PRESTACIÓN ECONÓMICA DE ASISTENCIA PERSONAL

- ANDALUCÍA (2007): Orden de 3 de agosto de 2007 por la que se establecen la intensidad de protección de los servicios, el régimen de compatibilidad de las Prestaciones y la Gestión de las Prestaciones Económicas del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia en Andalucía, *Boletín Oficial de la Junta de Andalucía*, 16-8-2007.
- ARAGÓN (2013): Orden de 24 de julio de 2013, de Aragón, del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia, por la que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, la capacidad económica de los beneficiarios y su participación en el coste de los servicios, en la Comunidad Autónoma de Aragón, *Boletín Oficial de Aragón*, 20-8-2013.
- (2017): Orden CDS 960/2017, de 26 de junio, por la que se modifica la Orden de 24 de julio de 2013, del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia, por la que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, la capacidad económica de los beneficiarios y su participación en el coste de los servicios en la Comunidad Autónoma de Aragón, *Boletín Oficial de Aragón*, 12-7-2017.
- CANARIAS (2019): Ley 16/2019, de 2 de mayo de 2019, de Servicios Sociales de Canarias, *Boletín Oficial de Canarias*, 17-5-2019.
- CANTABRIA (2009): Orden EMP 48/2009, de 24 de abril, por la que se desarrolla el catálogo de servicios del sistema para la autonomía personal y la atención a la dependencia y se regula la aportación económica de las personas usuarias en la Comunidad Autónoma de Cantabria, *Boletín Oficial de la Comunidad Autónoma de Cantabria*, 29-4-2009.
- CASTILLA Y LEÓN (2018): Orden FAM 6/2018, de 11 de enero, por la que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en Castilla y León, el cálculo de la capacidad económica y las medidas de apoyo a las personas cuidadoras no profesionales, *Boletín Oficial de Castilla y León*, 7-1-2018.
- (2019): Orden FAM/806/2019, de 13 de septiembre, por la que se modifica la Orden FAM/6/2018, de 11 de enero, por la que se regulan las prestaciones del sistema para la autonomía y atención a la dependencia en Castilla y León, el cálculo de la capacidad económica y las medidas de apoyo a las personas cuidadoras no profesionales, *Boletín Oficial de Castilla y León*, 19-9-2019.
- (2021): Orden FAM 1/2021, de 4 de enero, por la que se modifica la Orden FAM/6/2018, de 11 de enero, por la que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en Castilla y León, el cálculo de la capacidad económica y las medidas de apoyo a las personas cuidadoras no profesionales, *Boletín Oficial de Castilla y León*, 14-1-2021.
- CASTILLA-LA MANCHA (2016): Decreto 3/2016, de 26 de enero, por el que se establece el catálogo de servicios y prestaciones económicas del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha y se determina la intensidad de los servicios y el régimen de compatibilidades aplicable, *Diario Oficial de Castilla-La Mancha*, 29-1-2016.
- (2019): Decreto 1/2019, de 8 de enero, del procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho de acceso a los servicios y prestaciones económicas del sistema para la autonomía y atención a la dependencia en Castilla-La Mancha, *Diario Oficial de Castilla-La Mancha*, 16-1-2019.
- CATALUÑA (2010): Orden ASC/471/2010, de 28 de septiembre, por la que se regulan las prestaciones y los y las profesionales de la asistencia personal en Cataluña, *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*, nº 5731, 8-10-2010.
- COMUNIDAD DE MADRID (2015): Decreto 54/2015, de 21 de mayo, por el que se regula el procedimiento para reconocer la situación de dependencia y el derecho a las prestaciones del sistema para la autonomía y atención a la dependencia en la Comunidad de Madrid, *Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid*, 26-5-2015.
- COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA (2019): Orden Foral 224/2019, de 31 de mayo, del Consejero de Derechos Sociales, por la que se regula la prestación económica para asistencia personal de las personas que tengan reconocida una situación de dependencia y/o discapacidad, *Boletín Oficial de Navarra*, 5-7-2019.
- COMUNIDAD VALENCIANA (2017): Decreto 62/2017, de 19 de mayo, del Consell, por el que se establece el procedimiento para reconocer el grado de dependencia a las personas y el acceso al sistema público de servicios y prestaciones económicas, *Diari Oficial de la Generalitat Valenciana*, 13-6-2017.
- DIPUTACIÓN FORAL DE ÁLAVA (2014): Decreto Foral 36/2014, del Consejo de Diputados, de 22 de julio, que regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia, la calificación de discapacidad, la existencia de trastornos del desarrollo o del riesgo de padecerlo y el derecho y procedimiento de acceso en tales condiciones a los servicios y prestaciones económicas de Servicios Sociales en Álava, *Boletín Oficial del Territorio Histórico de Álava*, 1-9-2014.
- (2018): Decreto Foral 5/2018, del Consejo de Gobierno Foral, de 30 de enero. Aprobar la actualización de las cuantías máximas desde el 1 de enero de 2018 de las prestaciones económicas del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) en Álava: prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales, prestación económica de asistencia personal y prestación económica vinculada al servicio, *Boletín Oficial del Territorio Histórico de Álava*, 12-2-2018.
- DIPUTACIÓN FORAL DE BIZKAIA (2013): Decreto Foral de la Diputación Foral de Bizkaia 103/2013, de 23 de julio, por el que se regula la prestación económica de asistencia personal, *Boletín Oficial de Bizkaia*, 26-7-2013.
- (2015): Decreto Foral de la Diputación Foral de Bizkaia 44/2015, de 17 de marzo, por el que se modifica

el Decreto Foral 103/2013, de 23 de julio, por el que se regula la prestación económica de asistencia personal, *Boletín Oficial de Bizkaia*, 23-3-2015.

- (2015): Decreto Foral de la Diputación Foral de Bizkaia 85/2015, de 23 de junio, por el que se aprueba en el Territorio Histórico de Bizkaia, las cuantías máximas para 2015, de la prestación económica para cuidados en el entorno familiar, asistencia personal y vinculada al servicio foral residencial, *Boletín Oficial de Bizkaia*, 26-6-2015.

DIPUTACIÓN FORAL DE GIPUZKOA (2017): Decreto Foral 24/2017, de 12 de diciembre, por el que se regulan las prestaciones económicas de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, *Boletín Oficial de Gipuzkoa*, 28-12-2017.

ESPAÑA (2007): Orden TAS/2455/2007, de 7 de agosto, por la que se dictan normas para la aplicación y desarrollo de los Reales Decretos que desarrollan la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, en las Ciudades de Ceuta y de Melilla, *Boletín Oficial del Estado*, 10-8-2007.

EXTREMADURA (2012): Orden de 30 de noviembre de 2012 por la que se establece el catálogo de servicios y prestaciones económicas del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, la intensidad de los servicios y el régimen de compatibilidades, aplicables en la Comunidad Autónoma de Extremadura, *Diario Oficial de Extremadura*, 5-12-2012.

- (2013): Orden de 7 de febrero de 2013 por la que se hacen públicos los criterios para la determinación, en la Comunidad Autónoma de Extremadura, de la prestación económica a los beneficiarios que tengan reconocida la condición de persona en situación de dependencia, *Diario Oficial de Extremadura*, 22-2-2013.
- (2017): Orden de 13 de noviembre de 2017 por la que se modifica la Orden de 30 de noviembre de 2012 por la que se establece el catálogo de servicios y prestaciones económicas del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, la intensidad de los servicios y el régimen de compatibilidades, aplicables en la Comunidad Autónoma de Extremadura y la Orden de 7 de febrero de 2013 por la que se hacen públicos los criterios para la determinación, en la Comunidad Autónoma de Extremadura, de la prestación económica a los beneficiarios que tengan reconocida la condición de persona en situación de dependencia, *Diario Oficial de Extremadura*, 28-11-2017.

GALICIA (2013): Decreto 149/2013, de 5 de septiembre, por el que se define la cartera de servicios sociales

para la promoción de la autonomía personal y la atención a las personas en situación de dependencia y se determina el sistema de participación de las personas usuarias en la financiación de su gasto, *Diario Oficial de Galicia*, 24-9-2013.

ILLES BALEARS (2010): Decreto 84/2010, de 25 de junio, por el que se regulan los criterios para calcular la capacidad económica con la finalidad de establecer la participación económica de las personas beneficiarias de las prestaciones asistenciales que forman parte de la Red Pública de Atención a la Dependencia de las Illes Balears, y para concretar las prestaciones económicas del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, *Boletín Oficial de las Islas Baleares*, 3-7-2010.

LA RIOJA (2010): Orden 5/2010, de 30 de diciembre, de la Consejería de Servicios Sociales, por la que se regulan las condiciones de acceso y la cuantía de las prestaciones económicas del Sistema Riojano para la Autonomía Personal y la Dependencia, *Boletín Oficial de La Rioja*, 5-1-2011.

REGIÓN DE MURCIA (2010): Decreto 306/2010, de 3 de diciembre, por el que se establecen la intensidad de protección de los servicios, la cuantía de las prestaciones económicas, las condiciones de acceso y el régimen de compatibilidad de las prestaciones del sistema para la autonomía y atención a la dependencia en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, *Boletín Oficial de la Región de Murcia*, 17-12-2010.

- (2016): Decreto-Ley 3/2016, de 1 de junio, por el que se modifica el régimen de participación económica de las personas beneficiarias de determinadas prestaciones del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, *Boletín Oficial de la Región de Murcia*, 3-6-2016.

PRINCIPADO DE ASTURIAS (2015): Resolución de 30 de junio de 2015, de la Consejería de Bienestar Social y Vivienda, por la que se regulan los servicios y las prestaciones económicas del sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) en el Principado de Asturias, *Boletín Oficial del Principado de Asturias*, 2-7-2015.

- (2019): Resolución de 24 de mayo de 2019, de la Consejería de Servicios y Derechos Sociales, por la que se establece un importe garantizado para las prestaciones económicas del sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (sAAD) en el Principado de Asturias, *Boletín Oficial del Principado de Asturias*, 12-6-2019.

TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTICIA DE CATALUÑA (2012): Sentencia nº 598/2012, de 15 de octubre de 2012, recurso 418/2010.

Residencias vip en el ecosistema de cuidados a personas mayores: un modelo en discusión

Alejandro Gómez Ordoki

Gizebe Lab
ago2804@gmail.com

Javier Castro

Gizebe Lab
jcastro@socinnova.net

Hala ere, bost urteko indarraldiaren ondoren, garapen autonomiko heterogeneoa ikusten da. Zahartutako gizartearen eskaera gero eta handiagoi eta askotarikoei erantzungo dieten zainketa-ekosistemak sortzeko gizarte-politikek ibilbide dibergenteak egin dituzte. Gainera, etorkizuneko agertokiek aurreikusten dute familia pixkanaka galtzea lehen mailako asistentzia-hornitzaile gisa, zaintzaren etapa desberdinei erantzun harmonikoa emango zaiela bermatuko dugu, baina soilik baliabideen arteko trantsizioa koordinada jakin batzuekin gertatzen bada. Etorkizuneko bizilekua, ordea, bizitza-proiektu autonomo baten esparruan etengabeko zaintza-sentsazio eraginkorra sortzeaz gain, gizarte-arazoei aurre egiteko eragile aktiboa ere bada. Pandemiaren bitartez ikasitakoaren arabera, egoitzak ezin dira eta ez dira interpretatu behar arreta-gune isolatu gisa, baizik eta sozialki integratutako erakunde gisa.

GAKO-HITZAK:

Pertsona adinduak, zainketa-ekosistema, berrikuntza, pertzepzio holistikoa, arreta pertsonalizatua, trantsizioa, ebaluazio parte-hartzailea.

Desde la publicación de la ley de dependencia, las comunidades autónomas del Estado han implementado sus propios sistemas de atención para respetar el derecho subjetivo al cuidado. Sin embargo, tras cinco lustros de vigencia, se observa un desarrollo autonómico heterogéneo. Las políticas sociales para generar ecosistemas de cuidados que den respuesta a las demandas crecientes y diversas de una sociedad envejecida han trazado recorridos divergentes. Si, además, los escenarios de futuro prevén una paulatina pérdida de la familia como proveedor asistencial primario, solo garantizaremos una respuesta armónica a las distintas etapas del cuidado si la transición entre recursos se produce con unas determinadas coordenadas. Pero la residencia del futuro, además de producir una sensación efectiva de cuidado continuado en el marco de un proyecto de vida autónomo, también se presenta como un agente activo para combatir problemas sociales. La pandemia ha descubierto que las residencias no pueden, ni deben, interpretarse como núcleos de atención aislados, sino como entes socialmente integrados.

PALABRAS CLAVE:

Personas mayores, ecosistema de cuidados, innovación, percepción holística, atención personalizada, transición, evaluación participativa.

1. La transición hacia la residencia del futuro: metodología y objetivos de un proceso acelerado por la covid-19

Tras la crisis del coronavirus, la intención política de los diferentes ejecutivos autonómicos es clara y está compartida prácticamente sin fisuras: el modelo de atención —quizás, en un sentido más personalizado, el modelo de cuidados— debe cambiar. Si bien nadie discute que la covid-19 ha supuesto un punto de inflexión en los fundamentos del cuidado, las soluciones de futuro sí abren escenarios no necesariamente conciliados. El problema, una vez más, radica en consensuar los factores críticos del modelo, lo que necesariamente debería concluir en la definición de lo que se entiende, de modo inequívoco y autonómicamente transversal, como paradigma del cuidado de larga duración a personas mayores, una meta no alcanzada tras décadas de desarrollo normativo y experiencia asistencial. Sin embargo, la dispersión que caracteriza al Estado no parece terreno abonado para que el futuro se desarrolle en clave de homogeneización y, tal vez en menor medida aún, para estimar los efectos multidimensionales del cambio una vez decidido el nuevo rumbo (costes económicos implícitos y financiación pública correspondiente, modelos de gestión adaptables a las necesidades de atención emergentes, participación activa en la implementación de innovaciones sociales o inclusión decisoria de las personas usuarias en el cuidado).

A pesar de la evidente divergencia estatal desde muy distintas perspectivas (requisitos materiales y funcionales para la autorización/acreditación de centros o criterios de concertación, por ejemplo), diferentes voces del sector geroasistencial comienzan a reivindicar los mínimos necesarios para la redefinición del modelo. Los umbrales mínimos de atención se inspiran en los postulados de la atención centrada en la persona, la colaboración con el sistema público de salud, la calidad contrastable y la disposición de plantillas suficientes y reconocidas, social y económicamente (García *et al.*, 2021). El presente trabajo no es ajeno a estos principios “innegociables” y, asimismo, incorpora ideas relacionadas con otras dimensiones de futuro, entre otras razones porque las residencias, como recursos sociales que son, también se ven afectadas por los problemas globales y locales de distinta índole.

En los foros de debate institucional o profesional analizados sobre la residencia del futuro, se observa un reconocimiento explícito de la atención centrada en la persona como referencia obligada para redefinir el cuidado. Los efectos positivos de esta filosofía asistencial en la calidad de vida de las personas residentes han sido analizados en diferentes estudios. En este sentido, las intervenciones favorecedoras de la participación en actividades acordes a los gustos y preferencias de las personas residentes “mejoran la calidad de vida más que el modelo de atención tradicional” (Díaz Veiga *et al.*, 2014: 270). Ahora bien, ¿existen evidencias

para etiquetar el modelo como “tradicional”? ¿No habría tantos modelos “tradicionales” como normativas, organizaciones o centros, dependiendo del *know how* desarrollado en cada ámbito de actuación? ¿Los modelos “tradicionales” son incapaces de evolucionar para incorporar nuevas perspectivas del cuidado? ¿Los centros actuales no responden en medida suficientemente satisfactoria para interpretar que la Atención Centrada en la Persona (ACP), incluso de modo no procedimental, subyace en el estilo de cuidado? Las opiniones de residentes, familiares y profesionales del proyecto Red de participación y evaluación participativa en centros residenciales de Gipuzkoa¹ muestran mayoritariamente que determinadas cuestiones clave en materia de personalización y calidad de vida forman parte normalizada de la atención actual. En modo no despreciable, los centros residenciales han evolucionado para dar respuesta a una demanda social creciente; en otras palabras, no han perpetuado por sistema modelos del pasado sin ánimo de mejora.

Tan preocupante como un presente delicado es un futuro incierto. Esta incertidumbre, no exclusiva de un escenario postcoronavirus, condiciona —de hecho, siempre ha condicionado— la evolución del cuidado a las personas mayores. Sin embargo, a pesar de los obstáculos, las organizaciones del sector se han ido abriendo, con mayor o menor capacidad de adaptación, a paradigmas asistenciales alternativos, dando también cabida progresiva a la interacción con las personas usuarias y/o sus entornos sociofamiliares, y no solo al escrupuloso cumplimiento de los requisitos materiales y funcionales contemplados en norma. El cuidado en 2021, salvando las opiniones más agoreras, es sustancialmente mejor que a finales del siglo XX. Sin embargo, quedan retos importantes por plantear y objetivos que lograr para todos los agentes que interactúan para regular la actividad residencial (Administraciones Públicas, centros gestores, profesionales y sindicatos). El sector mostraría su madurez si recondujera la amenaza de la pandemia hacia una oportunidad de mejora real. Una entente que debería perfilar la estrategia del cambio desde seis ejes fundamentales:

- a. Estudio analítico del coste por plaza y su correspondencia con perfiles tipificados de dependencia (“indefinición de la composición modular del precio y/o coste por plaza por parte de las administraciones públicas, así como falta de transparencia en los cálculos correspondientes” (Gómez Ordoki, 2018: 150).
- b. Ratios suficientes y adaptadas al *mix* de dependencia de cada unidad de atención (residencia, planta, sector, unidad de convivencia, módulo, etc.).

¹ Iniciativa impulsada por Diputación Foral de Gipuzkoa para analizar la red residencial para personas mayores dependientes desde la sensibilidad de las personas residentes, de sus entornos sociofamiliares y de los profesionales implicados en el cuidado.

- c. Consideración y equiparación profesional con sectores asimilables (especialmente con el sanitario).
- d. Inspecciones públicas garantistas de la integración de objetivos económicos y asistenciales para alcanzar el bienestar.
- e. Implementación de estrategias de innovación como motor de avance y mejora.
- f. Escucha empática y proactiva de las expectativas de residentes y/o entornos sociofamiliares para adaptar el centro a las necesidades de las personas usuarias.

Pero el cambio, más en proyección evolutiva que disruptiva, tiene que contar con los recursos necesarios —posibilidades operativas de tipo técnico y económico— y con la voluntad profesional de un uso eficiente de estos. Y, asimismo, con una nueva conceptualización del papel desempeñado por las residencias como recurso social al servicio de las personas mayores. En este último cometido, los centros no encajan en el sistema como última etapa del cuidado (sentido unidireccional de la atención), sino como recursos capaces de conectarse con los diferentes nodos del ecosistema (sentido bidireccional).

Nadie con un mínimo conocimiento del sector rebatiría con seriedad la necesaria transición hacia otros modelos de atención. Pero hagámoslo con la pausa y la cautela que requieren los procesos de metamorfosis social. La evolución hacia nuevas fórmulas asistenciales pasa por planificar una adecuada dinámica para lograr un avance gradual en el que necesariamente deben participar, sin excepción, todos los actores del sistema. Para delimitar las acciones implementables en la transición hacia la residencia del futuro, el trabajo utiliza una metodología prospectiva con las siguientes fuentes:

- Análisis de datos e indicadores descriptivos para avanzar tendencias en el comportamiento de la oferta de recursos (cartera de servicios o recursos de las Administraciones Públicas) y en la demanda de soluciones (personas beneficiarias o “clientes” del sistema).
- Revisión bibliográfica (documentos de trabajo, artículos especializados o informes).
- Contenidos de talleres y reuniones con agentes de la red residencial de Gipuzkoa (residentes, entornos sociofamiliares, personal de centros, personal funcionario y operadores del sistema).
- Experiencias profesionales de los autores (consultoría y/o gestión directiva de centros residenciales).

Como más adelante se avanza, la residencia vip no se abstrae de las preocupaciones de la sociedad a la que sirve; tampoco se desliga del ecosistema asistencial al que pertenece. El artículo plantea la discusión sobre el futuro del cuidado residencial

en su sentido más poliédrico, dando cabida a todas las caras, tangibles e intangibles, presentes en la atención a personas mayores dependientes. En definitiva, el concepto vip persigue unos objetivos concretos que se tratan en los siguientes apartados: describir la variación temporal del peso relativo de los recursos de la cartera de servicios del sistema de atención a la dependencia (Apartado 2), entender la residencia como un nodo del ecosistema de cuidado (Apartado 3), definir las claves de la transición hacia la residencia del futuro (Apartado 4), consensuar el modelo de futuro desde la participación de todos los agentes (Apartado 5) y analizar los condicionantes del éxito en la reformulación del modelo residencial (Apartado 6). El artículo termina con un apartado de conclusiones que expanden la percepción vip por el ecosistema de atención a las personas mayores a través del *pentaedro de la transición* (flujo progresivo hacia la profesionalización del cuidado, integración de las residencias en la sociedad, transformación evolucionaria y no revolucionaria, democratización evaluativa y desarrollo de paradigmas residenciales basados en las relaciones significativas).

2. Evolución de la cartera de servicios en el Estado español: un ejemplo de heterogeneidad ecosistémica

La Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (en adelante, LAPAD), relaciona, en su artículo 15, los servicios de promoción de la autonomía personal y de atención y cuidado. La sección segunda, por su parte, regula las prestaciones económicas que, a su vez, se despliegan de acuerdo con los grados de dependencia contemplados por el Baremo de Valoración de la Dependencia (BVD). El conjunto de prestaciones resultante define el marco de desarrollo de políticas sociales para la atención a la dependencia. Las distintas comunidades del Estado dictan leyes y normas y desarrollan reglamentos para dotar de contenido a sus respectivos sistemas de servicios sociales en materia de atención a personas mayores. Si bien la Ley 39/2006 identifica los recursos asistenciales en modo de común denominador (suma de servicios —prevención de la dependencia y promoción de la autonomía personal, teleasistencia, ayuda a domicilio, centros de día/noche y atención residencial— y prestaciones económicas —vinculadas al servicio, asistencia personal y cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales—), no prevé, sin embargo, mecanismos de alcance asistencial homogéneo entre las comunidades autónomas y territorios forales. En uso de sus competencias, los gobiernos autonómicos han planificado sus estrategias y el resultado comparado es inequívoco: tantos modelos como administraciones competentes. Modelos que, aun partiendo de un mismo origen —la ley—, llegan a muy diferentes destinos —ecosistemas de cuidados—. La oferta y distribución de las

prestaciones es dispar y reflejo de las diferencias tanto en recursos y preferencias (Jiménez y Viola, 2019), o, lo que es lo mismo, en oferta y demanda.

2.1. La perspectiva cuantitativa de los ecosistemas autonómicos

2.1.1. Número de personas atendidas

Si por ecosistema de cuidado se entiende aquel conjunto de recursos que garantizan la atención en el continuo del cuidado a personas mayores dependientes, cuando analizamos la realidad intercomunitaria observamos que, si bien el continuo es un contexto asistencial compartido (mismo conjunto de servicios/prestaciones domiciliarias y extradomiciliarias a disposición de la sociedad), el peso específico de cada recurso social, por número de personas beneficiarias y coste unitario de atención, es particular de cada comunidad autónoma, o, dicho de otro modo, no todas las soluciones manejadas tienen idéntica cabida en el panorama estatal. Las políticas sociales definidas por cada autonomía o territorio han desembocado en distintos modos de entender un mismo problema que, sin embargo, pueden presentar algunos patrones cualitativos.

En general, el sector de los servicios sociales no se caracteriza por la abundancia de datos, plataformas de indicadores u observatorios de acceso público y alcance desagregado (amplio espectro de criterios y variables de distribución de la información agregada). Esta limitación informativa obliga a imaginar modelos estimativos teóricos, coherentes y verosímiles, para obtener comparativas que ayuden a ponderar la presencia de los diferentes recursos de atención para las distintas comunidades autónomas. En esta lógica operativa, las fuentes principalmente manejadas han sido dos: los dictámenes del observatorio de la dependencia de la Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales y el panel de estadísticas históricas del Imserso (Fernández Muñoz, 2021), que, asimismo, se constituye en soporte documental fundamental de los referidos dictámenes.

En todo caso, como ya se ha avanzado, la fiabilidad de las fuentes es ciertamente relativa. Comprobemos el “caos” informativo. Según el estudio *Enfermedad por coronavirus en centros residenciales*, el número de fallecidos con covid-19 confirmado o sintomatología compatible ascendió, en el periodo marzo-diciembre de 2020, a 26.345 personas; en idéntico periodo, suspendido el acceso de nuevos residentes por cuestiones obvias, el número de personas usuarias de recursos residenciales o de la prestación económica vinculada al servicio (PEVS) registra una reducción de aproximadamente la mitad (12.785 personas). Como reconoce el propio Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, mejorar los datos desde “una información robusta y su correspondiente análisis permite, sin duda, la determinación de las mejores estrategias ante los diferentes escenarios, además de

mejorar la transparencia ante la ciudadanía” (VV. AA., 2020a: 17).

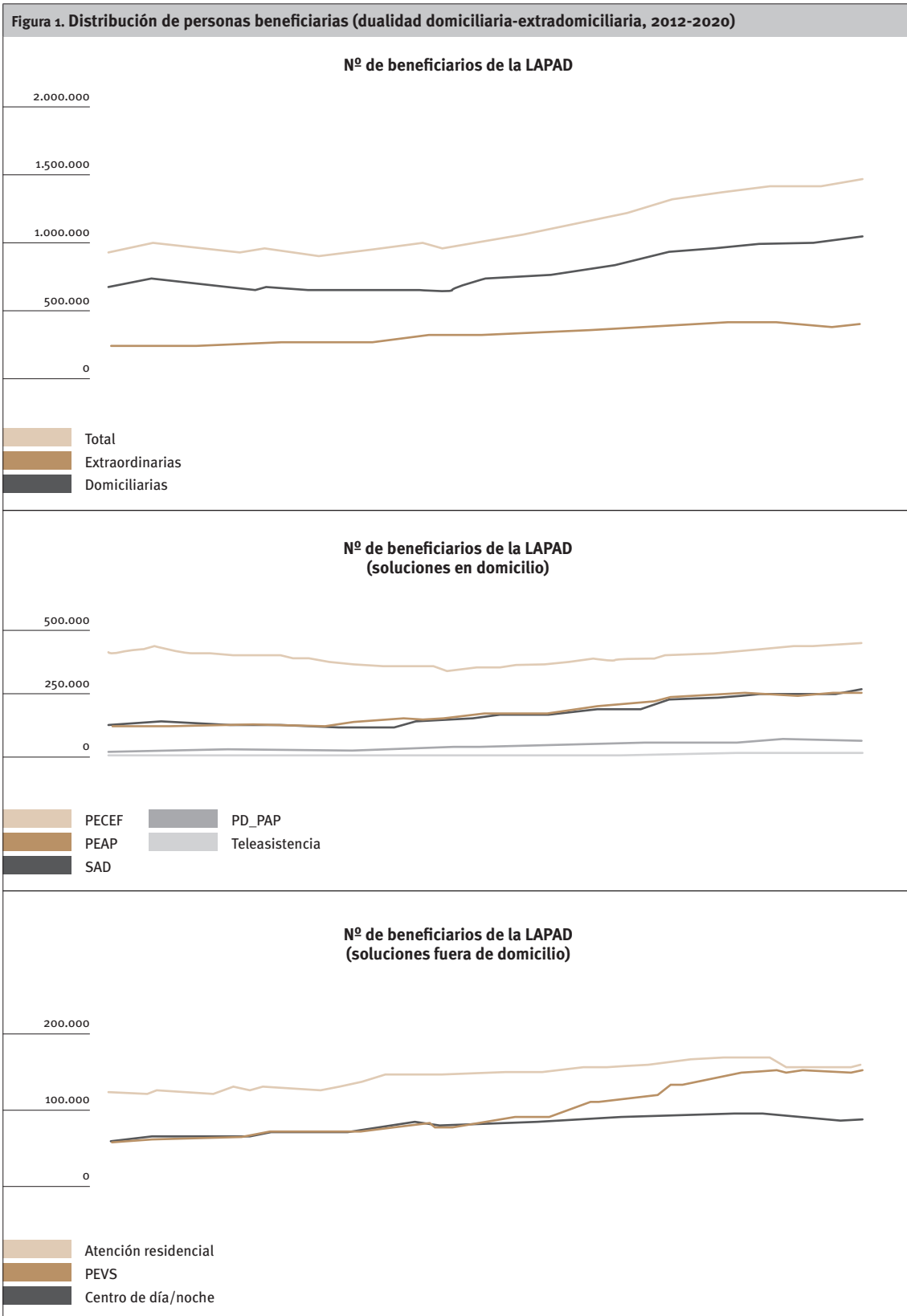
Como se observa en la Figura 1, a partir de 2015 se registra un crecimiento progresivo de personas beneficiarias de prestaciones por dependencia, principalmente causado por la demanda de soluciones de atención en un entorno de proximidad (las prestaciones económicas para el cuidado familiar, la atención domiciliaria y la teleasistencia marcan la pauta de crecimiento). Tanto es así que la demanda de recursos residenciales y de día/noche frena su tendencia incremental en febrero de 2020, aunque el agregado de cuidados extradomiciliarios se mantenga por efecto del incremento que experimentan las prestaciones vinculadas al servicio desde mediados de 2017. El mapa de tendencias es claramente progresivo, pero la demanda de recursos cambia con el tiempo y en orden heterogéneo según se analice una u otra comunidad autónoma. En cualquier caso, podríamos concluir que, en general, la demanda total de prestaciones es más reflejo del cuidado en el entorno domiciliario que imagen de la atención extradomiciliaria, lo cual constituye una evidencia empírica para la mayoría de las comunidades del Estado.

2.1.2. La maraña ecosistémica estatal

Peso específico de las prestaciones

Cada autonomía ha evolucionado de manera diferenciada en el cuidado a personas mayores dependientes. En el periodo analizado (2012-2020), el peso específico de cada prestación ha ido basculando hasta originar un mapa estatal en el que la heterogeneidad es la nota predominante. No obstante, dentro de la presumible divergencia de los modelos autonómicos, prevalece una tendencia compartida por quince de las dieciocho comunidades del Estado: la prestación económica para el cuidado en el entorno familiar (PECEF) es la solución asistencial más demandada y/o asignada. Para las tres autonomías en las que la PECEF no se constituye en la opción más extendida de cuidado, en dos de ellas los recursos domiciliarios se perfilan como alternativa principal (Galicia con la atención domiciliaria y Madrid con la teleasistencia); en la tercera, la PEVS es la prestación más tramitada (Extremadura). Emerge, en consecuencia, una idea clara acerca de la implantación de soluciones domiciliarias como eje sobre el que pivota el despliegue asistencial de la LAPAD.

En términos medios, el conjunto del Estado presenta una descriptiva unimodal con una presencia residual de las prestaciones económicas para la asistencia personal (PEAP). Como dato demostrativo de la escasa implantación estatal de la prestación, Gipuzkoa concentra el 70 % de las PEAP reconocidas a diciembre de 2020. Aunque se trate de un recurso domiciliario, su uso podría definirse como testimonial para el conjunto del sistema (0,30 % de media sobre el total de prestaciones en el periodo 2012-2020).



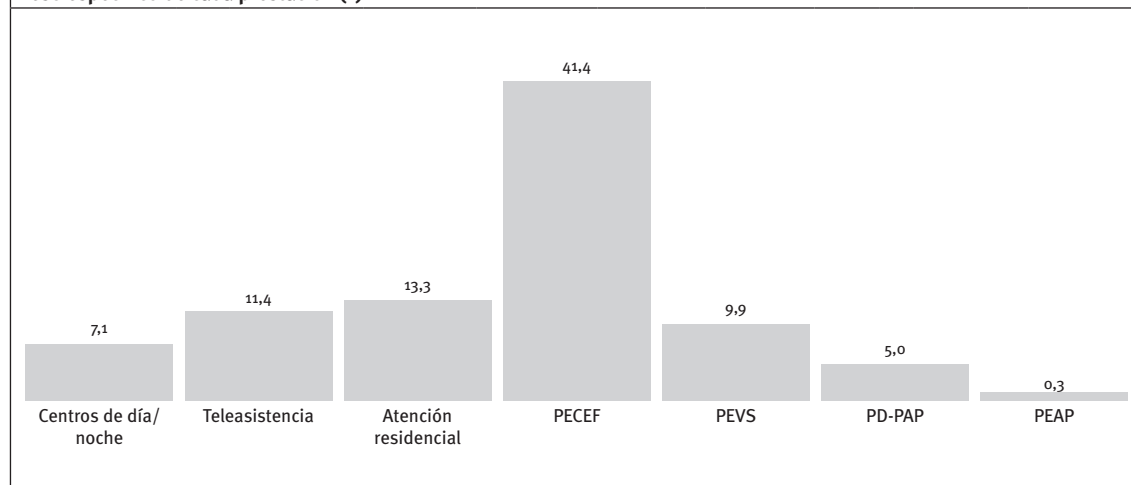
PECEF: prestación económica por cuidados en el entorno familiar.
 PEAP: prestación económica para la atención personal.
 PEVS: prestación económica vinculada al servicio.
 SAD: servicio de atención domiciliaria.
 PD-PAP: prevención de la dependencia y promoción de la autonomía personal.

Fuente: Elaboración propia a partir de las estadísticas del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia (SAAD).

Tabla 1. Clasificación autonómica de la importancia relativa (peso específico, expresado en tanto por ciento) de cada prestación de la LAPAD

Comunidad	Prestaciones domiciliarias					Prestaciones extradomiciliarias			Nivel agregado	
	PD-PAP	Teleasistencia	Ayuda a Domicilio	PECEF	PEAP	Centros de Día/Noche	Atención Residencial	PEVS	Domiciliario	Extra-domiciliario
Andalucía	7 ^a	2 ^a	3 ^a	1 ^a	8 ^a	5 ^a	4 ^a	6 ^a	1 ^a	2 ^a
Aragón	5 ^a	7 ^a	4 ^a	1 ^a	8 ^a	6 ^a	3 ^a	2 ^a	1 ^a	2 ^a
Asturias, Principado de	4 ^a	7 ^a	2 ^a	1 ^a	8 ^a	5 ^a	3 ^a	6 ^a	1 ^a	2 ^a
Balears, Illes	4 ^a	3 ^a	7 ^a	1 ^a	8 ^a	5 ^a	2 ^a	6 ^a	1 ^a	2 ^a
Canarias	6 ^a	5 ^a	7 ^a	1 ^a	8 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	2 ^a	1 ^a
Cantabria	3 ^a	4 ^a	6 ^a	1 ^a	7 ^a	5 ^a	2 ^a	7 ^a	1 ^a	2 ^a
Castilla y León	4 ^a	6 ^a	3 ^a	1 ^a	8 ^a	7 ^a	5 ^a	2 ^a	1 ^a	2 ^a
Castilla - La Mancha	6 ^a	3 ^a	2 ^a	1 ^a	8 ^a	7 ^a	4 ^a	5 ^a	1 ^a	2 ^a
Cataluña	7 ^a	4 ^a	3 ^a	1 ^a	8 ^a	6 ^a	2 ^a	5 ^a	1 ^a	2 ^a
Comunitat Valenciana	7 ^a	4 ^a	6 ^a	1 ^a	8 ^a	5 ^a	2 ^a	3 ^a	1 ^a	2 ^a
Extremadura	6 ^a	5 ^a	7 ^a	2 ^a	8 ^a	4 ^a	3 ^a	1 ^a	2 ^a	1 ^a
Galicia	7 ^a	6 ^a	1 ^a	2 ^a	8 ^a	5 ^a	3 ^a	4 ^a	1 ^a	2 ^a
Madrid, Comunidad de	7 ^a	1 ^a	3 ^a	2 ^a	8 ^a	5 ^a	4 ^a	6 ^a	1 ^a	2 ^a
Murcia, Región de	5 ^a	2 ^a	7 ^a	1 ^a	8 ^a	4 ^a	3 ^a	6 ^a	1 ^a	2 ^a
Navarra, Comunidad Foral de	6 ^a	4 ^a	5 ^a	1 ^a	8 ^a	7 ^a	2 ^a	3 ^a	1 ^a	2 ^a
País Vasco	8 ^a	3 ^a	5 ^a	1 ^a	6 ^a	4 ^a	2 ^a	7 ^a	1 ^a	2 ^a
Rioja, La	6 ^a	3 ^a	2 ^a	1 ^a	8 ^a	5 ^a	4 ^a	7 ^a	1 ^a	2 ^a
Ceuta y Melilla	4 ^a	3 ^a	2 ^a	1 ^a	8 ^a	6 ^a	5 ^a	7 ^a	1 ^a	2 ^a

Peso específico de cada prestación (*)



(*) Cálculo como media aritmética entre el valor del peso específico de la prestación a enero de 2012 y dicho valor a diciembre de 2020
Fuente: Elaboración propia a partir de las estadísticas del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia (SAAD).

No obstante, este análisis relativo debería estar complementado por el análisis de la evolución del número de beneficiarios desde las tasas de crecimiento/decrecimiento acumuladas en el periodo

investigado. Por término medio, el conjunto del Estado presenta las tasas medias anuales que se reflejan en la Tabla 2.

Tabla 2. Tasa de variación acumulada media* en el número de personas beneficiarias (2012-2020)

Referencia	Prestaciones domiciliarias					Prestaciones extradomiciliarias			Nivel agregado	
	PD-PAP	Teleasistencia	Ayuda a Domicilio	PECEF	PEAP	Centros de día/noche	Atención Residencial	PEVS	Domiciliario	Extradomiciliario
Enero 2012- junio 2016	10,7%	1,4%	4,3%	-6,7%	37,2%	7,2%	4,3%	7,7%	-2,3%	5,9%
Julio 2016- diciembre 2020	13,4%	8,3%	6,2%	-4,4%	15,5%	-9,9%	-9,7%	8,9%	1,8%	-4,1%
Enero 2012- diciembre 2020	10,2%	4,1%	4,5%	-4,8%	22,7%	-1,5%	-2,5%	7,0%	-0,3%	0,7%

(*) Tasa de variación acumulada media: -1 , donde n: número de meses / v1: el primer valor de la serie / vn: el valor enésimo de la serie.
Fuente: Elaboración propia a partir de las estadísticas del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia (SAAD)

Las prestaciones domiciliarias replican escenario en ambas mitades del periodo 2012-2020 (tasas de crecimiento positivo para PD-PAP, teleasistencia, ayuda a domicilio y PEAP —aunque con efecto diferente si atendemos al peso específico de cada prestación—, y tasa negativa para las PECEF). Los servicios extradomiciliarios, como centros de día/noche y residencias, presentan un punto de inflexión cuyos efectos negativos se recuperan por el incremento de las PEVS, una tendencia que también experimenta la mayoría de las comunidades autónomas.

Destino del incremento en el número de prestaciones

Entre 2012 y 2020, el Estado aumenta sus prestaciones un 52,3%. El incremento no se distribuye uniformemente entre las comunidades y, en consecuencia, la dispersión vuelve a caracterizar el desarrollo autonómico de la LAPAD. Las diferencias agregadas son extremas (La Rioja decrece un 0,9%; en el punto opuesto, las Islas Baleares crecen un 251,9%), pero se observa una propensión hacia las prestaciones en entornos domiciliarios, fundamentalmente por el efecto combinado teleasistencia-ayuda a domicilio. En general, podría afirmarse que la teleasistencia y la ayuda a domicilio son las prestaciones que consolidan su presencia como recursos de futuro, si bien la PECEF se mantiene como prestación prevalente.

Tabla 3. Variación en el número total de prestación de la LAPAD (comparación entre enero de 2012 y diciembre de 2020)

Ámbito territorial	Aumento o descenso en el nº total de prestaciones		
	Total	Domiciliarias	Extradomiciliarias
Andalucía	17,4%	18,0%	13,3%
Aragón	70,7%	98,5%	25,5%
Asturias, Principado de	97,6%	135,4%	36,0%
Balears, Illes	251,9%	331,5%	60,6%
Canarias	136,0%	75,8%	213,0%
Cantabria	61,5%	68,4%	44,0%
Castilla y León	87,3%	77,8%	102,0%
Castilla - La Mancha	42,1%	31,4%	76,9%
Cataluña	33,3%	18,8%	83,2%
Comunitat Valenciana	113,6%	132,8%	83,1%
Extremadura	61,4%	3,4%	122,7%
Galicia	92,7%	114,4%	60,8%
Madrid, Comunidad de	66,7%	83,5%	37,2%
Murcia, Región de	28,4%	17,4%	89,7%
Navarra, Comunidad Foral de	81,1%	94,7%	49,5%
País Vasco	69,5%	84,2%	33,4%
Rioja, La	-0,9%	-10,4%	31,0%
Ceuta y Melilla	52,2%	53,8%	35,3%
Total Estado	55,6%	49,4%	62,6%

Fuente: Elaboración propia a partir de las estadísticas del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia (SAAD).

2.2. Escenarios de gasto

Se analizan aquí datos publicados por el Imsero correspondientes al periodo 2014-2019. La limitación informativa observada en cuanto a estadísticas de contenido económico, principalmente referida a la gestión autonómica de las prestaciones económicas (datos de gasto público, perceptores por grados de dependencia, cuantías por prestación y tramos entre el máximo y mínimo a percibir) y, asimismo, las incoherencias evolutivas de las series temporales (mensuales y anuales) contenidas en la web del Instituto de Mayores y Servicios Sociales, obligan a diseñar un modelo teórico estimativo de escenarios macro. Para interpretar algunas cuestiones de trascendencia operativa, se han seguido las indicaciones del Manual Práctico sobre la Ley de la Dependencia publicado por la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (2012).

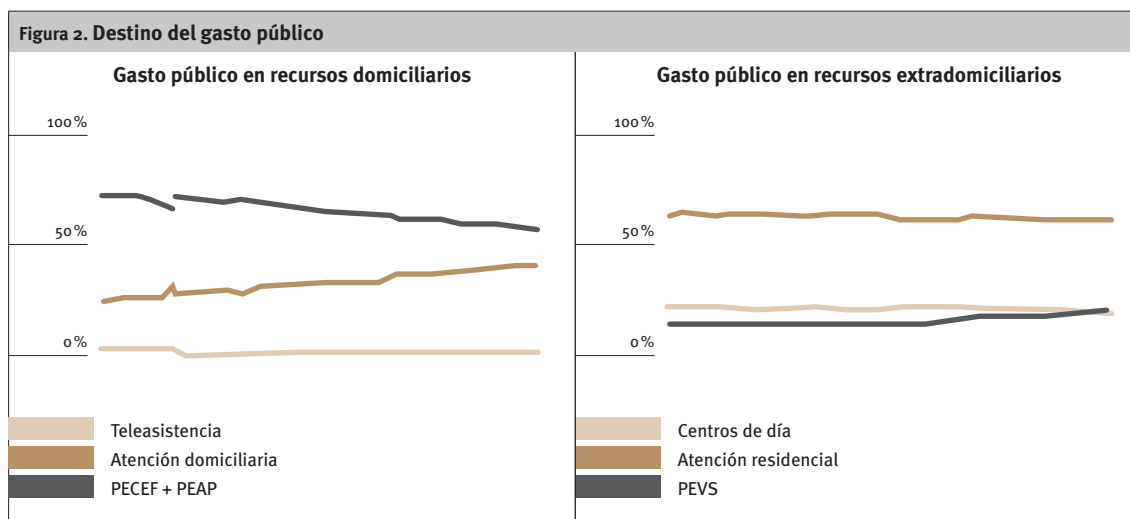
El modelo estimativo ofrece resultados en cascada a distintos niveles de agregación:

1. En el conjunto del Estado, la distribución del gasto entre prestaciones domiciliarias y extradomiciliarias se corresponde con una relación 30 %-70 %, aunque presenta una ligerísima tendencia al incremento lineal en los recursos extradomiciliarios. En el mapa autonómico, cinco comunidades se desvían de la pauta estatal (Andalucía, Murcia y Navarra, con una mayor proyección de soluciones domiciliarias; Canarias y Extremadura, con una apuesta clara por soluciones externas al domicilio). En todas las estimaciones, los coeficientes de correlación son aceptables (mínimo: 0,70/máximo: 0,98).
2. La aportación económica de las personas usuarias al sistema es dispar, aunque una relación 75 %-25 % entre financiación pública y privada podría ser representativa de la realidad estatal. Si bien se observan diferencias sustanciales en el tratamiento del copago, todas las comunidades plantean sistemas de financiación compartida para las prestaciones del catálogo de servicios. La cuota porcentual de copago asumida por las personas usuarias en servicios extradomiciliarios es sensiblemente superior a la misma variable para servicios domiciliarios (la diferencia podría estar por encima de la relación cuatro a uno). Evidentemente, el copago es una tentación difícil de vencer si el objetivo es maximizar el alcance de la LAPAD minimizando la inversión pública. La implementación de políticas sociales de *low-cost*, de eficacia contrastada para reducir el limbo de la dependencia, se ve beneficiada por el innegable efecto multiplicador de los recursos domiciliarios para responder del derecho subjetivo al cuidado. Si cada millón de euros invertido en el cuidado familiar eleva exponencialmente la tasa de cobertura, ¿cómo imaginar otro tipo de solución para recortar el limbo de la dependencia?

3. La mayoría de las comunidades comparten el destino del gasto público en dependencia. Las líneas de actuación en el periodo 2014-2019 adelantan algunas dinámicas de futuro, especialmente en el ámbito del cuidado domiciliario. El modelo predictivo construido anticipa una progresiva sustitución de las prestaciones económicas para el cuidado en entorno familiar por servicios de ayuda a domicilio, sin duda con mayor aceleración e intensidad en determinadas comunidades (por ejemplo, Andalucía, Castilla y León o Galicia). Un contexto asistencial como el que se presume también avanza una idea clara sobre el perfil de atención, cada vez más demandante de cuidados desde diferentes dimensiones asistenciales y para quienes la voluntad y el desempeño familiar podría no ser suficiente. En consecuencia, el gasto público reacciona y dota económicamente la atención profesionalizada en entornos de proximidad.
4. Los flujos entre las PECEF y la atención domiciliaria no tienen réplica en el ámbito extradomiciliario. La incapacidad del sistema para plantearse trasvases entre los centros de día/noche y las residencias —probablemente porque los primeros no ofrezcan soluciones de vida combinada entre domicilio y centro para determinados perfiles de atención—, dificulta la generación de flujos entre recursos. En estas circunstancias, el gasto es producto de dos factores principales:
 - Crecimiento vegetativo de la población a atender (siempre que la demanda no se dispare por efecto de una incapacidad de respuesta de la iniciativa familiar —reducción de las demandas para PECEF— y/o del cuidado profesional en el propio domicilio —minoración de solicitudes de SAD—).
 - Reconocimiento de prestaciones vinculadas al servicio (probablemente mayor cuanto menor sea el nivel de concertación pública de plazas residenciales).

Resumiendo:

- Dos de cada tres prestaciones se destinan al cuidado en el ámbito domiciliario. Si bien la PECEF se mantiene como el recurso más extendido, se constata una tendencia al alza en el número de personas beneficiarias por teleasistencia, SAD y PEVS. Un dato como producto del cambio en la estrategia pública para el cuidado a personas mayores dependientes: el Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia, como respuesta a los impactos de la crisis de la covid-19, prevé invertir 2.100 millones de euros en la transición de la atención institucional a la atención comunitaria (cambio cultural hacia la permanencia en el hogar desde una estrategia nacional de desinstitutionalización).
- La divergencia es una característica del sistema estatal de atención a la dependencia que ha



Fuente: Elaboración propia a partir de las estadísticas del SAAD y del modelo predictivo construido.

derivado en la implementación de ecosistemas autónomos heterogéneos, con distintas soluciones a los mismos problemas y que, no obstante, pivotan sobre un mismo eje conceptual: progresiva consolidación del cuidado en el propio domicilio como alternativa socialmente más demandada.

- El flujo estimado entre PECEF —linealmente decreciente según la Figura 2— y SAD —linealmente creciente— advierte de la evolución hacia perfiles cada vez más demandantes, pluripatológicos y dependientes. Con estas tendencias, el cuidado familiar empieza a dudar de su capacidad de respuesta y se comienzan a demandar apoyos profesionales para prolongar la atención en un entorno de proximidad (SAD). Pero, en todo caso, la tozuda realidad demográfica aplicada al continuo del cuidado, adelanta escenarios con potenciales usuarios de recursos extradomiciliarios, muy probablemente en servicios de cartera aún no diseñados. En un futuro que debemos construir para dar cabida a nuevas/mejoradas soluciones, se abren dos líneas de actuación complementarias si queremos garantizar la sostenibilidad de la LAPAD y el limbo cero:
 - Planes de formación combinados con programas de apoyos técnicos y económicos para cuidadores no profesionales (insistir en el cuidado de proximidad como opción natural).
 - Diseño/rediseño de soluciones extradomiciliarias desde la tríada innovación-integración-especialización (prospección de nuevas fórmulas de cuidado para el aluvión de personas y perfiles de atención por la incorporación al sistema de la generación del *baby boom*).

3. Enfoque holístico de la atención a personas mayores dependientes: la continuidad de los cuidados

El análisis descriptivo evalúa la prevalencia de los distintos servicios y prestaciones de la LAPAD en las distintas comunidades autónomas. Los resultados obtenidos se alinean con las conclusiones de otros estudios sociales como, por ejemplo, la encuesta sobre personas mayores del Imserso (Imserso, 2010) y el barómetro del CIS de mayo (CIS, 2009). Una encuesta de la Organización de Consumidores y Usuarios de 2017 cifraba en un 82 % la proporción de personas mayores con intención de envejecer en el domicilio; en caso de personas mayores dependientes, esta fue la opción prioritaria para tres de cada cuatro personas, “incluso entre quienes tienen un alto grado de dependencia” (cit. en Unión Democrática de Pensionistas y Jubilados de España, 2017). La consecuencia es inmediata: el cuidado informal, o el prestado por la red sociofamiliar sin contraprestación económica, sigue representando el primer recurso asistencial de atención a las personas dependientes (Ruiz Robledillo y Moya-Albiol, 2012). Pero esta dicotomía selectiva (cuidador/a formal/informal en domicilio *versus* residencia) no puede ser óbice para entender el cuidado en términos de complementariedad, continuidad de la sensación de hogar y proximidad — ideas como “el nuevo modelo residencial empieza en casa” o “conexión con la vida vecinal” planteadas por la Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales en su modelo “residencia su casa” (García *et al.*, 2021)—, al menos durante el tiempo en el que el sistema de protección social siga considerando al recurso residencial como una alternativa válida para el cuidado integral de personas mayores en situación de dependencia, incluso desde la especialización llevada a su mayor extremo.

Las políticas sociales en materia de atención y cuidados a las personas mayores combinan dos

planos diferentes de actuación pero intrínsecamente unidos: el envejecimiento activo/saludable y la atención a la dependencia. Todo lo que hagamos para retrasar el acceso de nuevos beneficiarios a la LAPAD y, en la medida de lo posible, en mejores condiciones de salud física y/o psíquica, redundará en una menor presión al sistema y, en teoría, en una mejora del cuidado por razones obvias. En esta dinámica de relación causa-efecto, la ratio de cinco plazas residenciales por cada cien personas con edades iguales o superiores a sesenta y cinco años recomendada por la OMS podría verse afectada. Una recomendación, por otra parte, ciertamente difícil de evidenciar (las búsquedas realizadas en la Red, incluidas las realizadas en la propia web de la Organización Mundial de la Salud, no han producido resultados concluyentes).

En el *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud* (OMS, 2015), se anuncian políticas de envejecimiento con enfoque inclusivo e integral que favorecen la permanencia en el hogar y en la comunidad. Un ideal que hacen propio las personas con dependencia y sus entornos familiares, a tenor de las descripciones manejadas en el presente trabajo sobre la evolución de la cartera de servicios y prestaciones de la LAPAD. Este objetivo, sin embargo, no se corresponde en la práctica con unos sistemas de protección social que aún hoy, avanzado el siglo XXI, no han abandonado totalmente los discursos de la beneficencia (normas vigentes que hablan de asilos y válidos/asistidos en la atención residencial de personas mayores). Asimismo, tampoco el sistema entiende la atención social desde una perspectiva holística (recursos interconectados). Aun así, como ocurre en otros ámbitos que preocupan a la sociedad, el discurso del cambio está irremediablemente arraigado en la ciudadanía y es una demanda social recurrente. El eco producido es tal que diferentes agendas estratégicas incorporan el reto y abogan por definir nuevos modelos de atención integral en el domicilio y en entornos residenciales. En ambos retos, únicamente cambia el medio para dar respuesta a un mismo fin: respetar la individualidad y singularidad de las personas en un marco inclusivo que mantenga, en la medida de lo posible, la interacción social de las personas mayores según sus capacidades y preferencias.

El sistema de atención a personas mayores dependientes no debe entenderse exclusivamente como un conglomerado de diferentes recursos (teleasistencia, atención domiciliaria, viviendas tuteladas, alojamientos polivalentes, centros de día, residencias, unidades psicogeríatras y prestaciones económicas). La prospección de necesidades debe realizarse de tal manera que las soluciones propuestas den respuestas integradas desde perspectivas asimismo integradoras. Así, si las residencias se entienden como centros socialmente integrados que proponen soluciones proactivas para la interacción con los nodos del ecosistema, se constituyen en garantes de la continuidad del

cuidado; si, por el contrario, sus capacidades se limitan a la atención sanitaria y hotelera, peligraría la personalización inherente al cuidado familiar en la medida que se produce una ruptura con la dimensión humana de la atención. En otras palabras, de igual manera que un servicio de SAD podría considerarse como “residencia unipersonal” por la necesidad de apoyo profesional, las residencias podrían interpretarse como “domicilios integrados” por la necesidad de interacción familiar y comunitaria. En la residencia-domicilio, son los profesionales quienes se desplazan al centro de trabajo y no las personas residentes quienes acuden a un centro de cuidados.

Enfoques restringidos a las propias áreas de intervención impedirían la consideración de la atención como un continuo. Transcender las miradas limitadas al recurso en cuestión permitirá la trazabilidad de la atención a las personas mayores dependientes en sentido de bienestar continuado, de sensación de un tipo de atención mantenida en el tiempo conforme a la dimensión humana de las personas y no de acuerdo, casi de modo exclusivo, con los preceptos normativos de cualquier índole aplicados, además, en dinámica cerrada, sin conexión con el resto de eslabones de la cadena de servicios o nodos del ecosistema (Castro y Gómez, 2020).

Un ecosistema de atención integrada a personas mayores debe buscar la trazabilidad en el continuo de los cuidados. En ese sentido, no podría estar conformado por recursos en los que la historia de vida de las personas usuarias se va diluyendo a medida que dichas personas acceden a niveles superiores de atención especializada. El sistema de cuidados de larga duración no puede, ni debe, ir en contra de su atributo fundamental: larga duración. En su cualidad de durabilidad en el tiempo subyace una constante de atención conforme a la historia de vida, la singularidad y la propia evolución del sujeto atendido. De igual manera que el sistema sanitario operativiza la historia clínica para tomar decisiones que afectan al paciente, el sistema social debería instrumentalizar la historia socio-asistencial de las personas usuarias para atenderlas conforme a sus propias características con el objeto de mejorar/mantener su nivel de calidad de vida (cuidados dignos y personalizados).

Si interpretamos el sistema como un todo, se pueden definir conexiones entre sus distintas partes que faciliten soluciones transversales como, por ejemplo, metodologías de evaluación de la calidad del cuidado, válidas cualquiera que fuera el formato asistencial (atención profesional/no profesional en el domicilio, centro de día o residencia). En la búsqueda de esta horizontalidad interpretativa, el ecosistema —o, más probablemente, las personas usuarias y sus entornos más íntimos— tiende a conceptualizar la atención en términos de autonomía en un entorno de proximidad, de despliegue de la idea de hogar como constante en el continuo del cuidado. En definitiva, se busca respetar los ejes de atención que

verdaderamente preocupan a las personas usuarias y/o sus entornos sociofamiliares: reconocimiento y valor de las singularidades de cada individuo, prevalencia de las capacidades/fortalezas personales y protección de los derechos (Martínez Rodríguez, 2016). Si bien es posible que el marco normativo sea específico de cada recurso, el ideario asistencial debería caracterizarse porque se despliega en base a unos mismos principios de bienestar y calidad de vida. De esta forma, la red de atención a las personas mayores se elevaría sobre los mínimos legales para alcanzar estadios superiores que garantizaran el bienestar en todas las transiciones del proceso asistencial (domicilio → centro de día → residencia). Por bienestar se entiende la cobertura de las expectativas de las personas usuarias y/o sus entornos en determinadas áreas de intervención y cuidado.

El acceso a recursos externos al propio domicilio debe entenderse como una continuidad de los cuidados y no como una disrupción en la vida de las personas usuarias. Vivir la transición como un proceso de evolución natural nos lleva a entender el tránsito en modo proactivo (en el caso de ingresos residenciales, procurar que el sistema propicie lecturas como “me cambio de casa” y no “voy a una residencia”). En este sentido, la participación de las personas usuarias y/o su entorno sociofamiliar más íntimo (en definitiva, clientes del sistema) en la evaluación de la calidad del cuidado en cada uno de los estadios de atención debe ser una opción real y flexible, y no solo una aspiración a la que nunca llegamos porque la sometemos a todos tipos de limitaciones que dificultan o imposibilitan su ejercicio práctico. Debemos contar con mecanismos de evaluación transparente alcanzados desde el consenso entre los distintos actores (resultado de las perspectivas combinadas de la persona usuaria, la familia, el centro gestor y la Administración Pública) para descender nuevamente a las personas usuarias y recoger sus impresiones. De igual manera que el holismo nos ayuda a entender cada recurso como un punto de una misma línea de atención, también nos propone entender la evaluación de la calidad del cuidado en un sentido colaborativo para integrar todas las sensibilidades y dotarla de identidad propia. Los ecosistemas diseñados deberían ser ejemplo de esa interacción y, asimismo, proyectar un camino de ida y vuelta: de los clientes del sistema a los gestores de las políticas sociales y de estos a aquellos.

Resumiendo:

- Desde una perspectiva holística, el catálogo de servicios y prestaciones de la LAPAD se interpreta como un conjunto de vasos comunicantes en los que se vierten líquidos miscibles (recursos) para mantener el patrón de cuidados (personalización de la atención).
- Desde una perspectiva reduccionista —probablemente la más extendida en la actualidad entre los agentes del sistema—, el

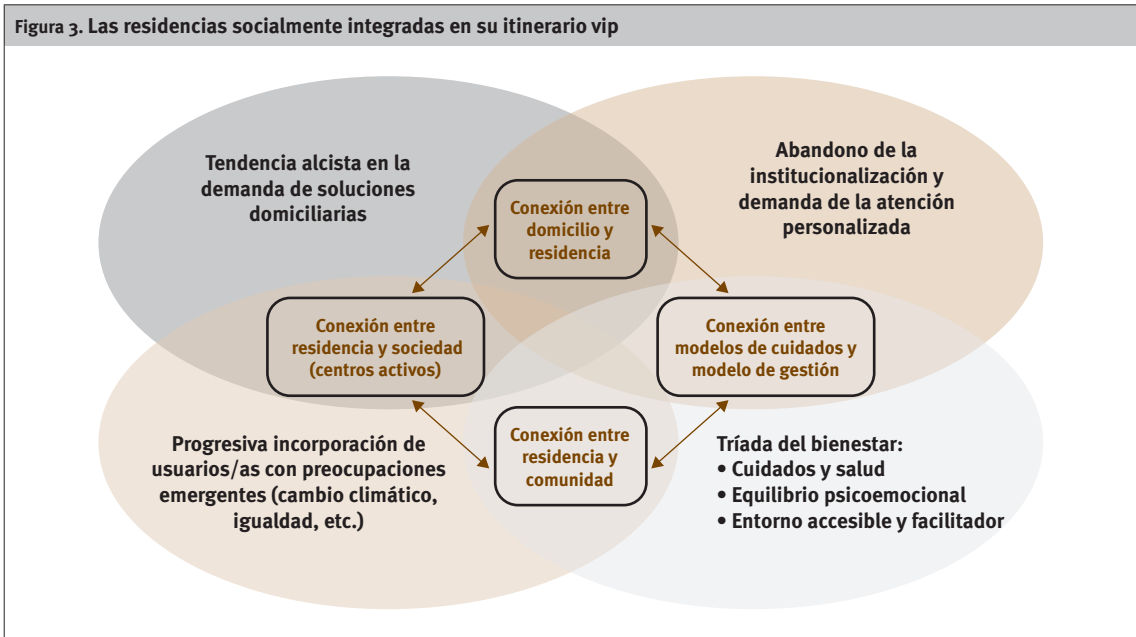
análisis se limita a cada recurso (líquidos no miscibles) y, por tanto, se pierde la globalidad del cuidado (desconexión de nodos y pérdida de potencialidad del ecosistema).

4. La transición a la residencia del futuro: un camino vip

¿Un modelo de futuro en clave vip? Sí, sin lugar a dudas. Porque así deberíamos tratar a la persona residente y/o su entorno sociofamiliar, como *very important person*. Pero no solo el contenido es vip; también el continente debería serlo. La residencia del futuro se fusiona con la sociedad porque está socialmente integrada. El modo de integración debería facilitar la simbiosis público-privada para proyectar una imagen de ecosistema. La atención residencial integrada en el ecosistema es, asimismo, vip desde tres dimensiones de futuro: verde (transición ecológica), innovadora (transición eficiente) y personalizada (transición del cuidado). Y, también, desde tres intangibles alineados con las dimensiones vip principales: además de verdes, tractoras de vocaciones profesionales y fusionadas con el vecindario; además de innovadoras, catalizadoras de imaginación e inteligencia; además de personalizadas, impulsoras del bienestar psicosocial y las relaciones de proximidad. Las residencias vip son, en definitiva, espacios de vida, inclusión y participación.

Una residencia vip es esencialmente sinérgica porque comparte su *expertise*:

- Conecta diferentes nodos del ecosistema (implementación de canales adecuados para compartir experiencias del cuidado residencial —perspectiva profesional— que podrían aplicarse en la atención domiciliaria informal —perspectiva familiar—). Este recorrido también es bidireccional: prácticas del cuidado familiar en entornos extradomiciliarios.
 - ↳ Conexión PECEF ↔ atención residencial/diurna
- Facilita el *benchmarking* funcional (todos aprendemos de todos desde la generación de redes de conocimiento compartido)
 - ↳ Homogeneización del cuidado desde bancos de buenas prácticas (*colaboratorios* de experimentación)
- Imprime dinámicas de mejora continua (las residencias vip entienden la atención desde la integración de todas las disciplinas del conocimiento al servicio de las personas mayores dependientes).
 - ↳ Un lema de futuro podría ser: “Compartiendo para construir, construyendo para dignificar el cuidado”.



Fuente: Elaboración propia.

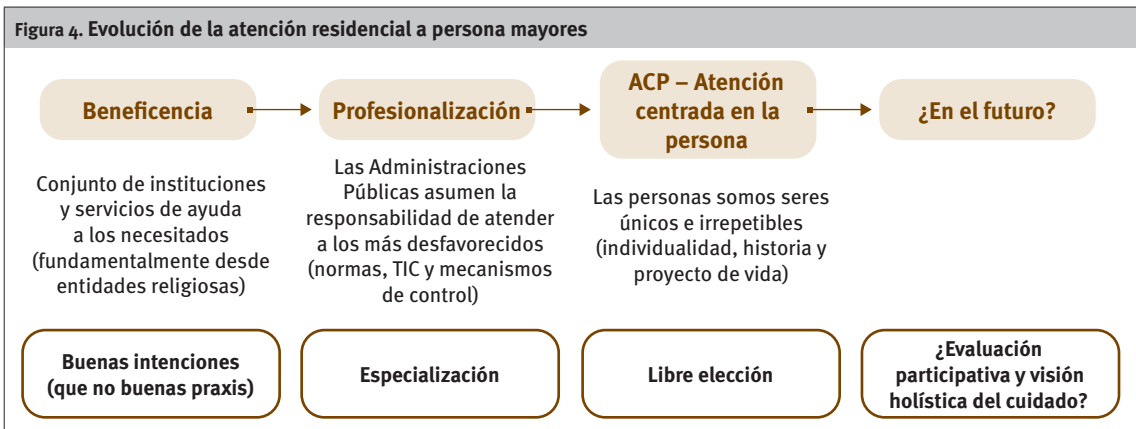
4.1. ¿Cambiar o evolucionar?

“Cambiar”, según el Diccionario de la RAE, significa “dejar una cosa o situación para tomar otra”. Por “evolucionar” se entiende “desenvolverse o desarrollarse, pasando de un estado a otro”. Cuando un proceso es de cambio, nada queda de la situación de partida; cuando algo o alguien evoluciona, lo que realmente está haciendo es adaptarse a un nuevo medio, con el consiguiente desarrollo de nuevas herramientas y nuevas potencialidades. En este sentido, el medio en el que se desenvuelven las residencias de hoy es sensiblemente distinto del medio en el que lo hicieron hace dos o tres décadas, cuando se asentaron las bases de la atención residencial a personas mayores como abandono progresivo de los axiomas de la beneficencia.

El modelo vip se asienta sobre la idea de evolución, de transición hacia una nueva manera de entender

la atención residencial, más conectada con el resto de recursos de la LAPAD y, sobre todo, más abierta a la interacción con las personas usuarias y sus entornos sociofamiliares. Las residencias vip no son revolucionarias sino “evolucionarias”. Por ello, la realidad postcoronavirus requerirá apostar por residencias que se parezcan a un domicilio y no a un híbrido entre hotel y hospital, y así poder combatir las tres plagas presentes en las residencias, especialmente agudizadas en pandemia: la soledad, el aburrimiento y el sentimiento de inutilidad (De Martí, 2020; VV.AA., 2020b).

Para las residencias vip, el cambio se entiende como transformación paralela a la propia transformación social, de modo que el ecosistema se posiciona para no perder la armonía necesaria entre la capacidad de respuesta y las demandas sociales.



Fuente: Elaboración propia.

4.2. Las tres perspectivas de la atención vip

4.2.1. La perspectiva verde (transición ecológica)

El envejecimiento de la población y el cambio climático, probablemente por ese orden, son los dos desafíos globales de futuro fundamentales a los que el mundo se enfrenta. En mayor medida, si cabe, para las personas mayores, porque los desajustes ambientales inciden con mayor intensidad en un colectivo altamente vulnerable por infinidad de razones cruzadas.

La arquitectura actual contribuye a la reducción en la emisión de gases de efecto invernadero desde la construcción de residencias cada vez más sostenibles y energéticamente eficientes que, además, incorporan soluciones verdes al servicio de las personas mayores que las habitan (jardines verticales, tejados biodiversos, invernaderos/zona de cultivo, recuperadores de calor y estrategias activas/pasivas de consumo prácticamente nulo). Todo ello con el objetivo de generar espacios de convivencia adecuados para cuidar según códigos personalizados (Trepatt, 2019).

En el futuro, las residencias de nueva construcción con espíritu vip alinean las estrategias internacionales contra el cambio climático entre sus valores. Lo hacen, además, desde el momento de la construcción. En el presente, con las limitaciones impuestas por arquitecturas heredadas en buena parte del parque de inmuebles residenciales, la transición hacia la dimensión V recorre en mayor trecho la senda de la eficiencia energética que la de la construcción eficiente. Para las residencias vip, la construcción sostenible, por sí sola, no es suficiente si no está complementada por hábitos de consumo responsable. La transición verde no valora tanto la ecoarquitectura (inversión) como la cultura del ecoconsumo (gasto corriente). El cambio cultural producido por los planes de contención energética —basados en la domótica, la inmótica y otras tecnologías— revierte especialmente en la transformación social hacia la sostenibilidad del planeta; las bioconstrucciones —construcciones realizadas con materiales de bajo impacto ambiental o ecológico—, si bien consecuentes con la filosofía verde, proyectan una imagen no necesariamente acompañada de compromiso en la implementación de acciones ecológicas.

La dimensión V de la residencia del futuro no es una apreciación subjetiva carente de soporte metodológico y documental. Para evidenciar que efectivamente no es así, los centros verdes deben impulsar la adopción de sistemas que corroboren su compromiso ecológico.

El marco de atención a la dependencia no debería constituirse en un ecosistema aislado y sin conexiones más allá de la LAPAD. La residencia vip, como recurso social que da respuesta al problema del envejecimiento, no puede abstraerse de otras problemáticas sociales emergentes o consolidadas.

El futuro del cuidado también pasa por mostrar explícitamente una suficiente sensibilidad con aquellas cuestiones que preocupan al conjunto de la ciudadanía. Y la huella ambiental forma parte de esa agenda de futuro.

¿Cómo avanzan las residencias vip hacia un horizonte verde? Desde el desarrollo de un doble eje de actuación:

1. Edificio (eje de continente). El aislamiento térmico, la calidad del aire interno o el uso de la energía solar se pueden contrastar respecto al estándar de certificación Passivhaus (según Inarquia, son siete los edificios que cuentan con el certificado en España, y tan solo uno de ellos, ubicado en Castilla y León, es una residencia de personas mayores). Por tanto, la perspectiva verde propuesta por las residencias vip, además de mostrar una actitud proactiva contra el cambio climático, descubre una clarísima línea de innovación por la reducción de los costes de atención, por un lado, y el carácter pionero, por otro. Además, obtener una Passivhaus redundante en la idea de comunidad porque se alcanza gracias a la responsabilidad y esfuerzo de sus habitantes (residentes, entorno sociofamiliar y profesionales).
2. Gestión (eje de contenido). La conducta proactiva de las organizaciones gestoras para extender políticas de sensibilización, acción y supervisión en las emisiones, consumos y actitudes de todos los agentes que interactúan en un centro (residentes, familias, profesionales y proveedores) es un buen rasero de conciencia ecológica. Las evidencias empíricas para adquirir la categoría V se obtienen desde los distintos tipos de certificación existentes (gestión ambiental global, economía circular, cambio climático, gestión de recursos o etiqueta de eficiencia energética desde el Real Decreto 235/2013).

Las residencias vip se solidarizan con la creciente preocupación de las generaciones más jóvenes por la huella de carbono. Asumen la estrategia de cambio necesaria en las políticas de transición ecológica porque, entre otras razones, la evidencia científica demuestra que las personas mayores son especialmente sensibles al efecto invernadero, en mayor medida cuanto más marginal y deprimida sea la zona geográfica en la que vivan (Sánchez y Chávez, 2020).

Pero la juventud no tiene la exclusiva en la preocupación explícita por el medio ambiente. Las personas mayores, y en consecuencia las y los residentes, pueden constituirse también en un colectivo activo en la lucha contra el cambio climático, aportando experiencia más allá de las demandas sanitarias o sociales de toda índole. Las residencias vip se diseñan como lanzaderas de la participación ciudadana de sus residentes y, en esa condición, se constituyen en agentes “verdes” de la transición ecológica.

Resumiendo, una residencia es vip si ecologiza en los siguientes términos:

- Certificación medioambiental: la implementación de sistemas de “gestión verde” soportados sobre normas nacionales/internacionales y que acrediten el control sobre el impacto ambiental de la actividad.
- Participación activa: residencias conectadas con la progresiva preocupación social por reducir la huella ecológica. Las personas mayores y sus entornos sociofamiliares también forman parte activa de los cambios actitudinales para combatir el cambio climático.

4.2.2. La perspectiva innovadora (transición eficiente o primera proyección de la dimensión P)

La Stanford Graduate School of Business define la innovación social como “una solución nueva a un problema social, la cual es más efectiva, eficiente, sustentable o justa que la solución actual, y cuyo valor agregado aporta principalmente a la sociedad como un todo en lugar de únicamente a sus individuos” (cit. por Hernández-Ascanio *et al.*, 2013: 175). Como podemos observar, también la innovación social se interpreta en clave holística. La residencia vip como alternativa de cuidado a personas mayores en residencias, en la medida que se eleva sobre la aplicación rigurosa de la norma para ofrecer soluciones integradoras y transversales, adquiere un carácter innovador que se hace visible desde los siguientes *topics* conceptuales (Buckland y Murillo, 2013), a los que la dimensión I responde con silogismos:

- Impacto y transformación social (impulsar una inercia hacia la convergencia en el cuidado):
La normativa no estandariza la relación entre grado de dependencia y tipo de ratio/la relación dependencia-ratio explica buena parte de la calidad del cuidado/la normativa como tal no es garantía de una suficiente calidad del cuidado.
- Colaboración intersectorial (tender puentes entre las Administraciones Públicas y los operadores del sector):
Las inspecciones públicas no inciden en la evaluación del estilo del cuidado/el estilo del cuidado es algo que preocupa a los operadores por exigencia de sus clientes/la inspección pública debería tener en cuenta las exigencias de los clientes.
- Viabilidad a largo plazo (estímulos a las buenas praxis):
La transición hacia nuevos modelos se basa en la capacidad adaptativa de los centros/ la adaptabilidad es un atributo de futuro si la eficiencia organizativa es valorada y reconocida/la transición hacia el modelo de futuro se consolida si el esfuerzo se reconoce.

- Tipo de innovación (transparencia en el conocimiento):

El sector residencial avanzaría de modo armónico desde el conocimiento compartido/desplegar redes experimentales contribuye a la expansión del conocimiento/el sector necesita conectar sus redes formales e informales para producir conocimiento.

- Escalabilidad y replicabilidad (de la experiencia piloto a la norma):

La experimentación de éxito ofrece nuevas perspectivas a desarrollar en norma/una norma sensible a las demandas sociales integra patrones de cuidado significativo/la experimentación selectiva es una herramienta imprescindible para el cuidado significativo.

El modelo vip propone innovaciones evolutivas o incrementales (nunca innovaciones revolucionarias, porque ni plantea la sustitución de las soluciones residenciales como recursos para atender a personas mayores dependientes, ni cuestiona su integración como un nodo más del continuo de cuidados). Una propuesta de futuro con signo vip se etiquetaría como altamente innovadora porque produce nuevos conocimientos, impulsaría cambios significativos y contextualizaría la aplicabilidad de rutinas/ conocimientos tradicionales.

A pesar de los incuestionables beneficios de la innovación como motor de avance y mejora continua en el cuidado residencial a personas mayores, el sector no lo incorpora explícita y operativamente a su agenda. No, al menos, al nivel de otras cuestiones que de modo invariable y recurrente forman parte de la discusión. La suficiencia/insuficiencia de ratios, los niveles retributivos, los requisitos funcionales y materiales, el copago, el contenido de las inspecciones, los modelos de atención/cuidados o los criterios de concertación absorben el tiempo de las Administraciones Públicas, los centros gestores y los sindicatos cuando abordan “sus” principales ejes de mejora. Así, por ejemplo, en el proyecto Red de participación y evaluación participativa en centros residenciales de Gipuzkoa, en los diferentes talleres con familiares y profesionales del sector sobre las residencias del futuro, no ha sido una cuestión emergente. Desarrollar o utilizar tecnología para mejorar el cuidado y la calidad de vida de las personas mayores dependiente no es una preocupación que parezca consolidarse en la agenda del sector a corto/medio plazo.

La innovación en el cuidado a personas mayores es multidimensional, implementable en todo el catálogo de servicios de la LAPAD y un aliado al servicio de los mayores (Valero, 2017, cit. en Gerairicarea, 2017). A pesar de esta permeabilidad del sistema, el uso de la tecnología —desde determinadas perspectivas e, incluso, desde determinadas herencias culturales— podría tener ciertas connotaciones negativas en el tratamiento de los intangibles del cuidado (respeto a la dignidad, empatía o escucha activa).

Esta predisposición a no incorporar la innovación como línea estratégica del cuidado dificulta la experimentación alternativa y, en consecuencia, el empleo de las nuevas tecnologías para dar respuestas adecuadas en muy diferentes ámbitos como, por ejemplo, terapias no farmacológicas o sistemas de control de presencia no invasivos de la privacidad (Atarés, 2020). Para incorporar la innovación como elemento tractor en la transición hacia la residencia del futuro, las residencias vip responden del *por qué, para quién, para qué, cuándo, dónde, cómo y cuánto* innovar.

La innovación abre campos de experimentación para el diseño de nuevos productos para el cuidado. También ayuda a mejorar la eficacia/eficiencia de los productos/herramientas/servicios existentes (uso eficiente de la innovación) y, asimismo, viabiliza la aplicación de nuevas tecnologías al servicio, por ejemplo, de la ACP (Quijada, 2019). Una residencia vip no se limita a la innovación tecnológica (robótica, domótica, monitorización y conectividad), muchas veces dependiente de la capacidad inversora del centro residencial, a su vez condicionada por su cuenta de explotación. Una residencia vip se caracteriza principalmente porque aborda la mejora desde la eficiencia no importada, esto es, construyendo su propio talento y facilitando la implementación de sus logros a costes asumibles. En este horizonte de creación interna, la incorporación de productos nuevos/mejorados adquiere una dimensión integradora. La innovación se extiende por las distintas caras de la atención y propone mejoras en diferentes direcciones (tipos de servicio, modelos de gestión, canales de comunicación, alianzas estratégicas, personalización del cuidado, sistemas de evaluación o modelos terapéuticos).

En un enfoque vip, la organización no constriñe su capacidad de imaginación para reducir el cuidado a lo conocido. No prejuzga, valora desde la experiencia; no desanima, estimula la cocreación. Esta dinámica de ensayo-error tendrá éxito si la posibilidad de experimentación no está obstaculizada por los *topics* intocables del sector (personal insuficiente, falta de herramientas adecuadas, transgresión de competencias profesionales o zonas de confort de cualquier índole y condición). La residencia vip es innovadora por definición y no admite limitaciones en la capacidad de invención o reinención. Además, dada su concepción holística del cuidado, plantea la innovación en circulación capilar: los productos nuevos/mejorados en las residencias de personas mayores deberían experimentarse en el resto de servicios del catálogo de la LAPAD, de igual manera que los productos nuevos/mejorados en otros nodos del ecosistema deberían ser testados en los centros geriátricos.

Resumiendo, una residencia es vip si innova en los siguientes términos:

- **Experimentación.** La transición hacia un nuevo modelo de residencia necesita del diseño de

experiencias piloto que faciliten el desarrollo de innovaciones. La experimentación es determinante para desarrollar aprendizajes, testar innovaciones y escalar aquellas que son sostenibles. La experimentación facilita el diseño de políticas sociales basadas en la evidencia.

- **Evaluación y aprendizaje.** La evaluación es sustancial en los procesos transicionales. El diseño y desarrollo de un modelo de evaluación, que combina técnicas cuantitativas, cualitativas y participativas, es indispensable para evaluar cuatro grandes dimensiones: la transición hacia un nuevo modelo de cuidados, la calidad de los servicios, la participación de las personas usuarias/ familiares en la toma de decisiones, y el grado de personalización de los cuidados.

4.2.3. La perspectiva personalizada (transición en el cuidado)

Los centros residenciales vip deberían proporcionar esa sensación de hogar que postulan las corrientes del cuidado a personas mayores generalmente aceptadas. Las familias, integradas básicamente por la cohorte demográfica perteneciente a la generación del *baby boom*, defienden una progresiva desinstitucionalización de la atención residencial para recibir servicios desde la personalización. Pero el cambio no debe constituirse en algo disruptivo, que marque un antes y un después, sino en algo que facilite una gradual adaptación de los centros a los nuevos tiempos del cuidado. Debería ser, más bien, una transición esperada y natural en un modelo asistencial, el actual, que no da respuesta a las necesidades emergentes de un mundo que evoluciona a velocidad progresiva, tanto social, tecnológica como económicamente, pero que ha frenado bruscamente su evolución por la irrupción de la covid-19. De las futuras políticas sociales depende que pueda imprimirse nuevamente la inercia perdida para recuperar una dinámica que ya venía registrándose desde hace un tiempo.

En una sociedad envejecida, que, a pesar del efecto demográfico negativo de la pandemia seguirá registrando un aumento progresivo de la esperanza media de vida para hacerla aún más vieja, la redefinición del modelo es una tarea inaplazable si pretendemos tener respuesta a las exigencias asistenciales de la generación del *baby boom* (1948-1968), más allá de las demandas de cuidado planteadas por las actuales personas usuarias o los “niños de la postguerra” (1930-1948). El sistema no está preparado para la más que presumible llegada de consumidores de servicios y prestaciones de dependencia caracterizados por un alto nivel de estudios, mayor disponibilidad económica, modelos de ocio alternativos y más sofisticados, más reivindicativa —por conocimiento y ejercicio de sus derechos— y, por tanto, con un grado de asertividad y exigencia superiores.

En el medio plazo, se prevé la aparición de alternativas habitacionales para personas con

dependencia (viviendas colaborativas tipo *housing o cohousing*), que cubran algunas lagunas de atención, reduzcan la demanda de plazas en los recursos “tradicionales” y favorezcan la especialización como solución de futuro. En cualquier caso, los nuevos modelos de convivencia deberían ser incorporados como nodos del continuo de cuidados, como nuevas dimensiones del ecosistema que buscan conectarse con el resto de servicios y prestaciones para seguir produciendo sinergias.

En las residencias vip, cualquiera que sea la arquitectura de sus inmuebles (edificación vertical/horizontal y capacidad de alojamiento), su composición modular (plantas, sectores o unidades de convivencia), su ubicación física o la titularidad de la gestión, la atención se desplegará desde los siguientes vectores:

- **Vector 1: Estilo del cuidado.** Adaptación de la tría asistencia (actividades básicas de la vida, salud física y bienestar emocional) a los nuevos enfoques basados en el respeto a la individualidad de la persona hasta identificarla como un sujeto único e irreplicable.
- **Vector 2: Integración de recursos humanos (formales e informales).** Necesaria complementariedad entre los recursos comunitarios (sanidad, servicios sociales de atención primaria y voluntariado formal) y los recursos especializados (profesionales de toda índole en la atención a personas mayores con dependencia). La residencia vip enfatiza especialmente en la interacción entre iguales (personas mayores residentes y personas mayores voluntarias) con un claro objetivo ecosistémico indirecto: conseguir que el voluntariado arraigue como una estrategia para afrontar un envejecimiento activo (según datos del *Informe 2018. Las Personas Mayores en España*, la población mayor de 65 años que dedica parte de su tiempo a los demás representa un 8% del total, frente al 18% como media europea).
- **Vector 3: Clima laboral (axioma principal: cuidar a quien cuida).**
 - Revisar los ratios, fundamentalmente del personal de atención directa. El mapa estatal de ratios, ciertamente heterogéneo en fondo y forma, es un ejemplo paradigmático de incumplimiento del axioma “cuidar a quien cuida”. Según datos de un reciente estudio desarrollado por Gerokon (en prensa), el Estado presenta el siguiente panorama para las ratios totales de grados I, II o III del Baremo de Valoración de la Dependencia, en el que destaca especialmente Gipuzkoa con valores en torno a 0,7 profesionales por plaza concertada:

Intervalo	% de casos
Ratio por debajo de la ratio promedio menos el valor de la desviación típica	18
Ratio entre la ratio promedio menos el valor de la desviación típica y la ratio promedio más el valor de la desviación típica	72
Ratio por encima de la ratio promedio más el valor de la desviación típica	10

→ Gipuzkoa, Cataluña y Baleares

- Revisar al alza las escalas retributivas. Si bien se percibe una homogeneización remunerativa por efecto del convenio marco estatal, la misma se caracteriza por sueldos comparativamente bajos (por ejemplo, el personal gerocultor apenas cobra 5 puntos porcentuales por encima del salario mínimo interprofesional). Una residencia VIP aboga por la dignificación profesional a dos niveles: reconocimiento social y reconocimiento económico. Y no todo el Estado alcanza la categoría VIP:

Salario medio para el conjunto de categorías profesionales	Importe/mes (euros)	Jornada anual (horas)
Convenio marco estatal	1.186	1.792
Convenio provincial de Bizkaia	1.634	1.618
Convenio provincial de Gipuzkoa	1.912	1.592

- Definir los códigos y medidas para reducir el estrés emocional-síndrome de *burnout* del personal de atención directa (proactividad suficiente para ponderar en su justo valor la importancia del trabajo del personal gerocultor y políticas de personal orientadas hacia un clima laboral satisfactorio).
- **Vector 4: Sensación de hogar.** Dadas las dificultades de adaptabilidad de los actuales inmuebles para producir un “efecto hogar”, el modelo vip sugiere acometer determinadas acciones encaminadas a impulsar la sensación de domicilio (personalización de los espacios de uso privativo, rincones reminiscentes, acondicionamiento y uso de patios, cubrición de espacios abiertos para originar puntos de encuentro y fomentar las relaciones interpersonales, huertos urbanos y/o zonas perimetrales ajardinadas).
- **Vector 5: Identificación con el entorno.** Centros integrados con las actividades sociales de pueblos o ciudades, facilitadores del acceso a la vida de barrio y a la interacción con diferentes grupos de interés (asociaciones socioculturales, relaciones intergeneracionales, etc.). Las residencias vip quieren comprender la influencia que la sociedad “tiene sobre los individuos según envejecen y la influencia que tienen estos a su vez en la sociedad” (Martín García, 2012: 11).

- **Vector 6: Gobernanza colaborativa.** Involucrar a las personas residentes —cognitivamente capaces— y/o sus entornos familiares en la toma de aquellas decisiones que afecten a la interacción residente-centro (adaptación del centro al residente y no del residente al centro).
- **Vector 7: Evaluación participativa.** Democratización del cuidado desde la participación de las personas usuarias en la evaluación de la calidad del cuidado y, en una dinámica de transparencia informativa, poder dar respuesta a las expectativas de las personas usuarias conforme a su *expertise* como consumidores/as de servicios residenciales (Gómez Ordoki, 2020).

Resumiendo, una residencia es vip si cuida en los siguientes términos:

- **Gobernanza colaborativa y participativa.** Desarrollo de mecanismos de cooperación entre la Administración Pública, organizaciones del Tercer Sector, empresas y centros residenciales. La gobernanza colaborativa activa los mecanismos de participación de las personas usuarias, las familias y las personas profesionales con el fin de codiseñar el cuidado en las residencias del futuro y las actuaciones de políticas sociales que ello conlleva.
- **Personalización.** El modelo de cuidados se refiere al desarrollo de mecanismos que facilitan la gestión de casos, los planes de atención personalizada, las estrategias de formación/capacitación especializada, los espacios personalizados, las ratios de atención y cuidados, y la participación de las personas usuarias/familiares, entre otras dimensiones.
- **Reconocimiento profesional y dignificación salarial.** Las residencias vip buscan recuperarse del daño reputacional ocasionado por la crisis del coronavirus. El despliegue estratégico de la dimensión P pretende dotar de atractivo profesional a un sector mediáticamente vilipendiado y al que se le han exigido responsabilidades más allá de su capacidad real de respuesta. Lo vip está absolutamente reñido con la tendencia a generar soluciones profesionales “de paso”, incapaces de atraer talento cualificado.

4.2.4. La transición vip desde el bienestar psicosocial (segunda proyección de la dimensión P)

La evolución asistencial experimentada en las últimas décadas ha desembocado en unos modelos de atención centralizados en el servicio y no en la persona. Con las nuevas corrientes ideológicas, derivadas de los principios de la psicología humanista, se han generado alternativas de atención que, si bien están generalmente aceptadas por la mayoría de los agentes sociales, en no pocas ocasiones quedan reducidas a discursos teóricos,

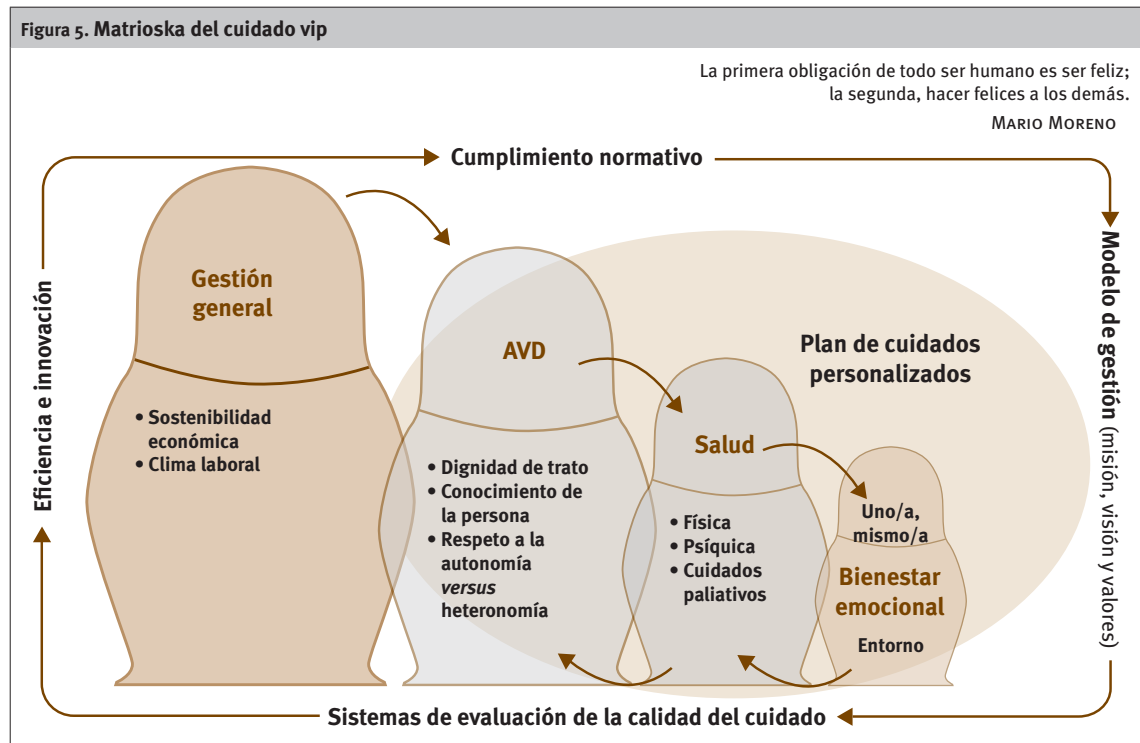
cuando no a experiencias aisladas. Aún hoy, cuando debiéramos avanzar hacia la “atención residencial 5.0”² (García *et al.*, 2021), existen organizaciones que siguen rigiéndose por modelos anclados en soluciones que fundamentan su éxito en resultados económico-hospitalarios. Organizaciones por lo general reacias al cambio por miedo a perder este equilibrio. Y, sin lugar a dudas, tienen razones para justificar su recelo: la sostenibilidad económica del proyecto es un aval de futuro y el cuidado de la salud es una responsabilidad innegociable en la atención residencial de las personas mayores. Pero esta dualidad irrenunciable no satisface plenamente aquellas otras necesidades que los seres humanos, por el mero hecho de ser personas únicas e irrepetibles, necesitamos cubrir.

Nuestro discurrir vital tiene sentido y plenitud cuando los anhelos e ilusiones son parte intrínseca de nuestros proyectos de vida en un doble sentido: de uno/a mismo/a hacia los demás y de los demás hacia uno/a mismo/a. Para responder a estas necesidades, los instrumentos que nos proponen disciplinas como la economía o la medicina no son suficientes, manifestándose, una vez más, la interdisciplinariedad propia de los recursos sociales.

Si no queremos que las horas “valle”, o aquellas con una presencia reducida de personal gerocultor —un término, “valle”, que esperemos caiga en desuso—, consoliden las tres plagas de la vida residencial (soledad, aburrimiento e inutilidad), deberíamos potenciar la presencia de profesionales especializados para dotar de contenido mínimo y suficiente a la tercera dimensión del cuidado: el bienestar psicosocial. Esta nueva proyección de la dimensión P supera los modelos residenciales que básicamente satisfacen las necesidades sanitarias, cubren las actividades de la vida diaria, ofertan actividades socioculturales grupales, garantizan el pago de nóminas y cumplen con las deudas con terceros. Unos modelos en los que la institucionalización está más presente que la personalización.

En la residencia vip, los profesionales psicosociales son los principales catalizadores de la dimensión humana del cuidado (Figura 5). Por supuesto, esta defensa de la dimensión psicosocial no vulnera en absoluto la esencia de la atención residencial (cobertura de actividades de la vida diaria, cuidado de la salud y atención hotelera), ni pretende reducir recursos de otros ámbitos de actuación para nutrir los suyos propios. Únicamente demanda su espacio para complementar el sentido del cuidado en términos de proyecto de vida, sociabilización y armonía con el entorno para producir una sensación de bienestar. Si “el objetivo de la intervención

² Versiones residenciales: 1.0, beneficencia (asilos); 2.0, macro-centros (Imsero durante el desarrollismo); 3.0, centros con encanto (personas válidas); 4.0, modelo actual (institucional y hospitalario); 5.0, modelo de futuro (respeto a la dignidad de la persona y a la libertad de decisión para buscar la felicidad).



Fuente: Elaboración propia.

gerontológica es conocer y transformar la realidad del mayor, contribuyendo con otros profesionales a lograr el bienestar colectivo, entendido como un sistema global de acciones que, respondiendo al conjunto de aspiraciones sociales, eleva el desarrollo del bienestar humano en los procesos de cambio social tanto individuales como familiares y/o comunitarios” (Filardo 2011: 213-214), la residencia vip, además de incorporar los principios de la ACP, aspira a implementar perspectivas de cuidado centradas en las interacciones entre el personal profesional y las personas residentes y/o sus entornos sociofamiliares.

Si mejoramos el bienestar emocional de las personas mayores desde el trabajo con la red social, el apoyo social y la participación social (Holt-Lunstad *et al.*, 2010), se producen mejorías sensibles en la salud física y psicológica que, por su parte, facilitarían el mantenimiento, o, incluso, una cierta recuperación de las capacidades funcionales. Las residencias vip amortizan la inversión por el incremento de los recursos psicosociales desde los beneficios obtenidos por las sinergias del circuito y sus retornos (Figura 5). Esta segunda derivada de la dimensión P propone dotar de contenido cualitativo a disciplinas como la psicología, la educación social, la terapia ocupacional o la integración social, con ánimo de superar viejas creencias, cuando no prejuicios, sobre los contenidos psicosociales que, no pocas veces y dada la escasez del recurso, centran su actividad en el entretenimiento. El objetivo psicosocial de las residencias vip es doble: dotar a los centros de recursos humanos específicos para la consecución del bienestar emocional y encontrar sinergias con

el resto de dimensiones del cuidado. La atención psicosocial es el plano del cuidado que transmite y canaliza los proyectos de vida de las personas residentes que, por mayores, no han renunciado a su futuro.

La dimensión P se caracterizaría por su “capilaridad”, o capacidad de impregnar a todos los agentes que interactúan en el cuidado (ánimo colaborativo), y por dotar esta interacción con herramientas adecuadas (capacidad colaborativa). La transversalidad propia del cuidado personalizado requiere tanto de la participación de cuantos profesionales integran la organización (cuidado directo o formal) como de quienes conectan al residente con su entorno social (cuidado indirecto o informal, integrado por familiares, amigos y voluntariado). En el entramado del cuidado, el rol del personal gerocultor es de especial importancia en las residencias vip: en parte como ejecutores/as de las pautas dictadas por los servicios psicosociales del centro; en medida autónoma, con responsabilidades delegadas como “acompañantes que protegen, cuidan, apoyan y empoderan a las personas para que, en la medida de sus capacidades, puedan seguir dirigiendo su vida” (Martínez, 2016). Es este colectivo profesional, y no ningún otro, quien se erige en figura de referencia inmediata para las personas residentes y/o su entorno sociofamiliar. La imagen de la residencia se proyecta desde estas figuras de igual modo que son primeras receptoras de las reclamaciones verbales o informales de familias y entornos sociales. En las residencias vip, son las bisagras que conectan dos planos simétricos e inseparables: necesidad de atención y estilo de cuidado.

En última instancia, el modelo vip pretende que la atención del bienestar emocional sea asumida desde distintos ámbitos de actuación que trasciendan lo puramente profesional para alcanzar la esfera comunitaria (entorno sociofamiliar y conexiones locales) evitando la desvinculación de el/la residente con su entorno natural. A diferencia de la especialización propia de las dos dimensiones asistenciales básicas (actividades de la vida diaria y salud), en las que se presume dificultosa la interacción de profesionales diferentes a aquellos/as que ejercen labores de cuidado directo, la atención socioemocional, orientada desde criterios técnicos competentes, se diferencia por su transversalidad (afecta a todo el circuito del cuidado).

El buen cuidado a las personas mayores en residencias no se entendería sin la participación, adecuada y suficiente, de los profesionales que catalizan los procesos para alcanzar el bienestar psicoemocional necesario para vivir la residencia con sensación de felicidad.

5. Los sistemas de evaluación del cuidado en las residencias vip

Históricamente, la calidad de la atención ha sido básicamente contrastada desde la inspección pública. Este enfoque de evaluación, metodológicamente desplegado desde modelos *ex ante* (directamente relacionados con las exigencias materiales y funcionales en normativa) o desde sistemas *ex post* (procesos evaluativos de resultados obtenidos en indicadores de corte económico o clínico/sanitario), no ha permitido la participación de las personas usuarias y/o sus entornos sociofamiliares en el proceso evaluativo. En el Estado, el modo tradicional de entender la inspección se ha basado en la verificación del cumplimiento de las condiciones obligadas por normativa, fáciles de objetivar pero que no permiten conocer realmente el tipo de cuidado (Sancho Castiello y Martínez Rodríguez, 2020). Ambos modelos, *ex ante* y *ex post*, identifican descriptores principalmente orientados a evidenciar la calidad de la atención desde perspectivas oficiales, soportadas en la observación de los criterios normativos y que, en los países más innovadores, podrían venir acompañadas de indicadores sobre la personalización del cuidado. Pero la interpretación pública de las buenas praxis podría no ser compartida desde la sensibilidad de un entorno sociofamiliar que aspira a que la sensación de hogar y el cuidado de proximidad impregnen la atención residencial (Gómez Ordoki, 2020).

Una residencia vip pretende algo más que alinearse discursivamente con las nuevas filosofías de atención fundamentadas en la centralidad de la persona. Ante todo, busca producir el cambio cultural necesario para responder, también, de aquellas dimensiones del cuidado que residentes y familiares consideran vitales y que, en no pocas ocasiones, no están en las agendas de evaluación. Para optar a la condición vip,

las residencias deberían evidenciar el cumplimiento de los siguientes objetivos:

- Objetivar la calidad del cuidado desde la sensibilidad de las personas residentes y/o sus entornos sociofamiliares.
- Definir una cartera de áreas críticas de evaluación que dé respuesta a las expectativas de las personas usuarias.
- Estandarizar el nivel de calidad del cuidado desde una escala intuitiva, objetiva y ponderable.
- Impulsar la cultura del buen hacer como marca de la organización.

5.1. Ejes de la evaluación participativa (tercera proyección de la dimensión P)

La evaluación del cuidado debería contener tres ejes fundamentales: monitorización (indicadores), complementariedad con las inspecciones públicas (evaluación 360) y certificación (garantías evaluativas).

- a. Monitorización adecuada. Las residencias vip implementan cuadros de mando estandarizados que permiten dinámicas de *benchmarking* funcional e imprimen inercias de mejora continua desde las buenas prácticas compartidas. En la evaluación de la calidad del cuidado, el *set* de indicadores combina la verticalidad de los indicadores de proceso (áreas de actividades de la vida diaria, salud, psicosocial y hotelera) con la transversalidad de modelos de calidad de vida y de atención personalizada (indicadores de percepción de las personas usuarias y su entorno familiar). Una evaluación vip contendrá conceptos asistenciales más ligados a la *qualis* —cualidad, en el sentido de dimensionar lo que se conoce como factores intangibles de la atención (Knapp, 1988)— que a la *quantitas* —factores tangibles en la producción de servicios—. En definitiva, se propone un cambio de enfoque para alinear la evaluación de los servicios también con todo aquello que nos ayude a conseguir el bienestar integral de las personas mayores.

El futuro evaluativo tiene que ser necesariamente distinto. Evaluar un centro desde indicadores descriptivos como, por ejemplo, la “tasa de diabéticos” o el “número de caídas” no parece un método especialmente adecuado para concretar hasta qué punto la atención se presta en perspectiva personalizada. La evaluación debe “tocar” la dimensión humana de la atención y relativizar la importancia “artificial” otorgada a otras descripciones que no aportan valor cualitativo diferenciador.

- b. Complementariedad (con las inspecciones públicas). De acuerdo con las proyecciones demográficas generalmente admitidas, la prevalencia de estados de salud delicados en las futuras personas usuarias de servicios residenciales se constituye en algo intrínseco

al sistema y, por tanto, un problema al que dar solución, pero no exclusiva ni fundamentalmente desde la perspectiva de la salud. Ni tan siquiera en réplica de un contexto tan dramático como el recientemente vivido con la propagación de la covid-19 en las residencias de personas mayores.

Incidir en la dimensión humana de la atención a través de la participación de residentes y/o entornos sociofamiliares en el proceso evaluativo ayudará al diseño de centros tan preocupados por el bienestar psicoemocional como por el bienestar físico o la sostenibilidad económica de las organizaciones. Cuidar a las personas mayores dependientes también es asegurar la cualidad humana de la atención, probablemente única condición inalterable cualquiera que sea la perspectiva asistencial.

La sensación de atención familiar, basada en la proximidad, en la percepción de hogar y el respeto a la libre decisión, no puede ser detectada por unas inspecciones públicas normalmente programadas y eminentemente dirigidas a la comprobación del cumplimiento de la norma. Aun cuando parece necesaria una nueva perspectiva en la evaluación pública, el cambio vip no se propone como abandono de los indicadores que hacen referencia a los procesos tradicionales de evaluación y que ya forman parte de los sistemas de inspección. Una vez más, se trata de evolucionar y no de revolucionar.

En la práctica, los marcos normativos no contemplan los dos vectores de evaluación —calidad de vida y personalización— como ejes que delimitan los modelos de atención; además, cuando lo hacen, su presencia se limita a referencias vagas y en absoluto protocolizadas. En todo caso, si bien los nuevos modelos de inspección pública podrían “exigir” el compromiso de la organización por favorecer y facilitar la atención con arreglo a las directrices de la calidad de vida y la personalización, no podrían acreditar objetivamente que el servicio se presta satisfaciendo los requerimientos del principio de continuidad de los cuidados, salvo que fueran revisados y/o modificados para dotarlos de la suficiente sensibilidad al respecto. La evaluación de futuro es un proceso evaluativo que hace de la participación y la cohesión conceptual entre los actores del sistema sus principales valores añadidos. La evolución de la evaluación es, por tanto, multidireccional y debe responder a las necesidades, subjetivas y operativas, de todos los agentes del sistema.

- c. **Certificación.** La transformación que ha vivido el sector de la atención a personas mayores durante los últimos años ha desembocado en la necesidad de certificar productos, procesos y servicios para demostrar al mercado, y también a los organismos públicos reguladores, que un proveedor ofrece productos, desarrolla procesos o presta servicios que cumplen unos determinados requisitos de calidad. Esta

deriva hacia una progresiva implementación de sistemas de calidad ha supuesto la proliferación de certificaciones de gestión basadas en las normas universales y estándares ISO y, también, aunque en menor medida, en la adopción de los principios de la responsabilidad social corporativa como una forma de gestionar la actividad de las organizaciones para mejorar los impactos que generan en los grupos de interés (empleados, clientes, accionistas, proveedores, sociedad o medioambiente).

Las normas ISO establecen el marco para la aplicación de un sistema de gestión de calidad que optimice las fases de producción de bienes y servicios; por su parte, la responsabilidad social corporativa (RSC) está más orientada al compromiso solidario desde criterios de prudencia, justicia y ética. Entre ambas propuestas se abre un horizonte en el que las personas usuarias y/o sus entornos sociofamiliares deberían expresarse con voz propia. Dar solución a este limbo en la interacción residencia-persona permitiría calibrar la opción real de intervención decisoria de las personas usuarias y/o sus entornos más íntimos en el diseño, presente y futuro, de los recursos. Además, esta participación ciudadana en la definición de unos requisitos de atención que trascienden aquellos otros recogidos en las normativas referidas adopta forma de “gobernanza colaborativa”, en la medida que favorece la incorporación de actores no tradicionales y no políticos en la definición e implantación de políticas públicas. La participación de los clientes en el proceso evaluador legitima socialmente el sistema y lo dota de transparencia.

Desde esta nueva perspectiva evaluativa, las residencias vip certifican su cogobernanza o, lo que es lo mismo, la calidad asistencial correspondiente a las expectativas de las personas usuarias y/o sus entornos sociofamiliares. La cogobernanza se fundamenta en los siguientes principios:

- **Principio de dimensión humana.** Es necesario avanzar en la definición de indicadores que integren el bienestar psicoemocional como un eje fundamental en la atención a las personas mayores dependientes.
- **Principio de importancia social.** En una actividad socialmente tan sensible como el cuidado a las personas mayores dependientes, la implementación de modelos garantistas del buen hacer diario debería ser una condición y no un valor añadido.
- **Principio de digitalización para una atención diferente.** Preocupación por el registro, análisis y explotación de datos que evidencien la preocupación de las organizaciones por atender conforme a lo que usuarios y/o familias interpretan como cuidado digno y respetuoso con la singularidad de las personas.

- **Principio de eficiencia.** Valoración del uso de cuantas técnicas analíticas, soportes digitales (registros informatizados y bases de datos) y modelos de seguimiento se entiendan necesarios para cumplir con las expectativas de los clientes desde la racionalización de recursos.
- **Principio de coexistencia con otras perspectivas (simbiosis gestora).** Separar gestión y perspectiva humanista es un posicionamiento que obstaculiza la interconexión necesaria entre diferentes disciplinas para un avance conjunto del cuidado.
- **Principio de transparencia (benchmarking abierto).** Incorporar métodos para compartir experiencias y exponer sus resultados es una estrategia que las residencias vip hacen propia para incidir en la mejora continua.

5.2. Modelos evaluativo y comunicativo en las residencias vip

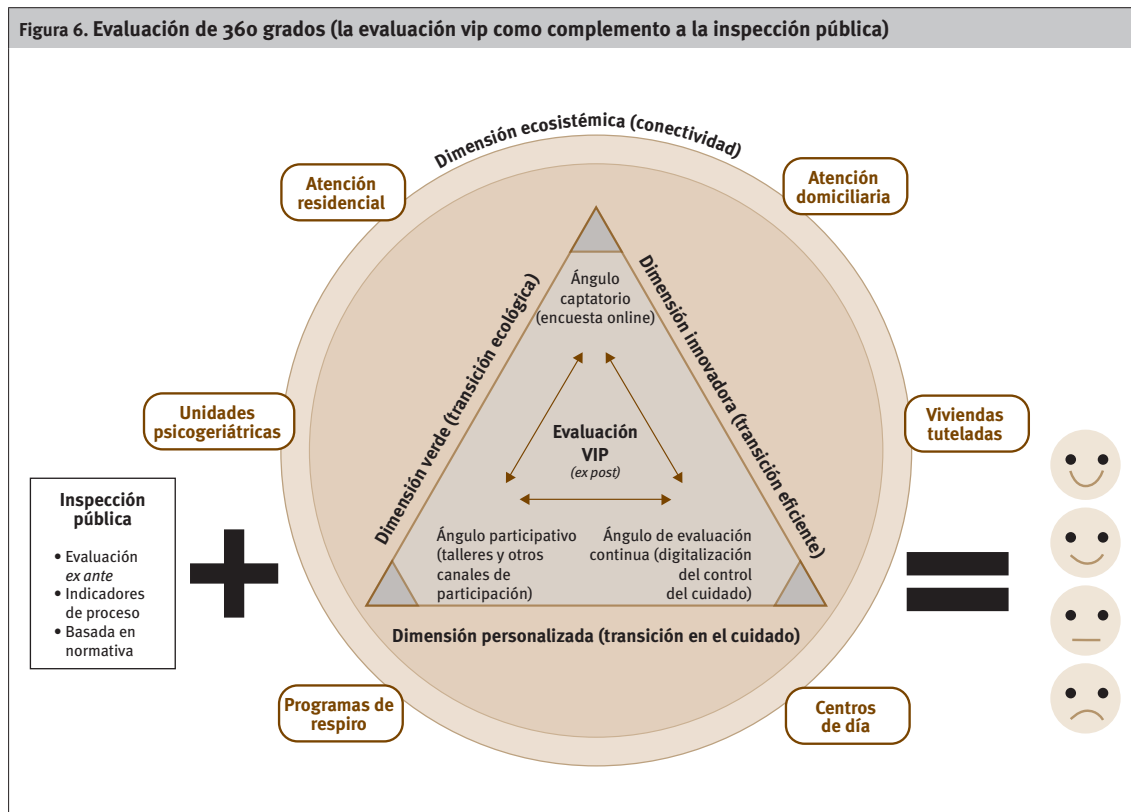
El modelo vip distingue tres herramientas para la captura de información cualitativa en la evaluación de la atención residencial:

- Talleres de contraste, opinión y presentación/discusión de propuestas de mejora (grupos de trabajo de configuración mixta: personal profesional del centro, residentes, familiares y voluntarios/as).

- Encuestas de opinión para evaluar el grado de transición hacia las residencias vip en cada uno de sus ejes de desarrollo (verde, innovación y personalización). El eje de evaluación P, sin lugar a dudas el eje principal de las residencias vip, se constituye asimismo en un indicador del nivel de calidad de vida porque responde a las dimensiones *verticales* del modelo de Schalock-Verdugo (2013). De acuerdo con la matrioska del cuidado vip (Figura 5), la calidad de vida se proyecta desde dos esferas complementarias que, a su vez, permiten dotar de contenido significativo la vida de las personas residentes:
 - Esfera personal o de el/la residente hacia sí mismo/a (desarrollo personal, bienestar físico, bienestar emocional y bienestar material).
 - Esfera relacional o de el/la residente hacia los demás (relaciones interpersonales e integración social).

Las dimensiones restantes del modelo de Schalock-Verdugo (autodeterminación y derechos), se entienden *transversales* cualquiera que sea el estilo de atención residencial a personas mayores.

- Evaluación continua desde el uso de herramientas analíticas de control, registro e interpretación de los tres planos básicos del cuidado de hogar (actividades de la vida diaria, servicio doméstico y disfrute de espacios privados).



Fuente: Elaboración propia.

El Estado español no se alinea con otros de su entorno europeo en el ejercicio de exposición transparente de los resultados de las inspecciones públicas (Alemania, Francia, Bélgica, Inglaterra o Portugal, por ejemplo). No lo hace a ningún nivel, ni estatal ni autonómico. No deja de ser sorprendente esta opacidad estratégica en todos los ámbitos competenciales del Estado, nada menos que veintitrés (quince comunidades autónomas, tres diputaciones forales, tres consejos insulares y dos ciudades autónomas). Ante esta ausencia informativa, las residencias vip abogan por modelos comunicativos con dos objetivos claros:

- Recuperar la buena imagen de los centros residenciales para combatir el daño reputacional postcoronavirus.
- Elaborar un relato del resultado de las inspecciones públicas para documentar el debate sobre teóricos cambios en las perspectivas de evaluación.

La transparencia que reclama el modelo evaluativo vip contrarresta la sensación de sospecha latente con la que el entorno sociofamiliar vive, o ha vivido, la atención residencial en tiempos de pandemia. Sin una planificación comunicativa basada en la transparencia informativa, las familias pueden alimentar su desconfianza ante ciertas preocupaciones. Tampoco tienen una percepción directa de las garantías de atención porque no participan en ninguno de los procesos de evaluación de la calidad del cuidado (la metodología participativa que plantea el modelo vip no está, precisamente, extendida). Aunque las personas residentes y sus entornos familiares son clientes en la medida que pagan por recibir servicios, el sistema sigue despreocupándose por documentar el cumplimiento de sus expectativas. No entender el sistema como un ente adaptativo a las necesidades expresadas por sus diferentes colectivos usuarios es desoír las demandas de atención en los términos que reclaman las personas más vulnerables.

El modelo vip no entiende la transparencia como el conjunto de prácticas de marketing institucional visibles desde diferentes formatos de difusión (desde webs más o menos elaboradas hasta el buzono de proyectos desarrollados y objetivos logrados). La transparencia se distingue porque las decisiones adoptadas y sus motivaciones, así como los resultados obtenidos, se comunican de manera clara y directa a través de canales de acceso generalizado. Los dos rasgos diferenciadores de las residencias vip son los siguientes:

- Lanzan mensajes con contenidos que suscitan el interés de la ciudadanía, más allá de las personas usuarias y sus entornos sociofamiliares (es este sentido, las residencias vip se muestran conectadas con el resto del ecosistema porque se ofrecen como alternativas válidas en la continuidad de los cuidados).

- Utilizan un lenguaje adaptado a la capacidad de comprensión del conjunto de la sociedad.

Cuanto más exploten las residencias vip su capacidad comunicativa en base a la transparencia, en mayor medida crecerá la confianza de la ciudadanía y más selectiva será en sus demandas de información porque la parte más gruesa del problema ya estará resuelta. En esta inercia, el conocimiento del cuidado crece en dinámica espiral tanto para las actuales personas usuarias como para las futuras personas consumidoras de servicios residenciales. Como valor añadido, no menor, aporta información cualitativa a las propias administraciones públicas como agentes reguladores del sector.

Resumiendo:

- La gobernanza colaborativa, en concreto su desarrollo multinivel para incorporar las percepciones de los distintos agentes de la red residencial, se implementa desde sistemas de evaluación participativa. La norma no es la única herramienta con la que cuentan los gobiernos para desplegar las políticas sociales. El futuro también se construye desde la contribución de todos los actores.
- Las residencias vip formulan nuevas metodologías evaluativas que se caracterizan por su complementariedad con los modelos de inspección pública. El resultado agregado, doblemente garantista —cumplimiento de norma y cumplimiento de expectativas de las personas usuarias— permite mapear las buenas prácticas para imprimir dinámicas de *benchmarking* funcional.
- La comunicación abierta y transparente es la principal estrategia del modelo vip para canalizar un *feedback* multidireccional (centro ↔ personas usuarias, centro ↔ Administración Pública y centro ↔ comunidad) e implantar las medidas consensuadas como vectores de impulso en la mejora continua del cuidado.

6. Las diferentes extensiones de la transición hacia la residencia vip

6.1. Los costes de la transición

El coste de la transición no es solo un problema de contabilidad, de cálculo de las inversiones públicas y/o privadas necesarias para mejorar y adecuar las redes residenciales conforme a los enfoques emergentes en materia de cuidados a los colectivos más frágiles y vulnerables. La evolución tiene sus peajes, pero mantenerse en estrategias reaccionarias y opuestas a cualquier ánimo innovador tampoco es gratuito. No obstante, quienes desarrollamos nuestra actividad profesional en la atención a personas mayores, sabemos de la importancia relativa del coste económico como balanceador de la decisión política. Máxime si, como se presume, la transición a

la residencia del futuro pasa irremediamente por el incremento de los costes económicos de atención (mayores ratios, mejoras salariales, estandarización de insumos y adecuación de los espacios para una convivencia en coordenadas de personalización).

Los modelos vip no son modelos de cuidados burbuja, abstraídos de la realidad a la que

pertenecen y, además, sirven. De igual modo que las tres dimensiones de la atención residencial (verde, innovación y personalización) son producto de su interacción con el medio, los costes de la transición también podrían circunscribirse a los mismos ámbitos relacionales. En la Tabla 4 se comparan los efectos esperados como consecuencia de acometer o desestimar la transición hacia las residencias vip.

Tabla 4. Costes económicos, sociales y ambientales en la transición hacia las residencias vip

Residencias en transición activa (hacia el modelo vip)		Residencias con modelos conservadores (residencias 4.0)	
Acciones	Análisis de coste/beneficio	Inacciones	Tipo de coste
Transición ecológica (dimensión V)			
<ul style="list-style-type: none"> Definir políticas de empresa con los siguientes contenidos: <ul style="list-style-type: none"> Reducir el impacto ambiental por consumo de energía y agua. Gestionar adecuadamente los residuos (sólidos y líquidos). Limitar la emisión atmosférica nociva. Difundir las medidas de gestión ambiental a todos los grupos de interés (residencias con calidad energética A). Planificar la progresiva estanqueidad del edificio para evitar fugas de calor/frío. Facilitar la participación de las personas residentes en distintos foros. <ul style="list-style-type: none"> Participar en redes vecinales intergeneracionales, favorecedoras de relaciones personales, sociales, solidarias y sostenibles. Favorecer comportamientos medioambientales activos y responsables como rutina diaria. 	<ul style="list-style-type: none"> Económicos: <ul style="list-style-type: none"> Análisis de inversiones necesarias en instalaciones/equipamientos y posibilidades de recuperación por reducción del coste de la energía. Sociales: <ul style="list-style-type: none"> Mejora de la imagen social del centro por su compromiso medioambiental (posible demanda de plazas por su carácter diferenciador). Acceso a subvenciones públicas. Ambientales: <ul style="list-style-type: none"> Efectos positivos esperados en la sostenibilidad del planeta por efectos de las estrategias verdes (Estévez, 2013): <ul style="list-style-type: none"> Hiperactiva: residencias con agenda verde. Proactiva: por delante de la norma. Seguidora: cumple la norma. 	<p>Cuando las políticas son continuistas, los centros incurren en una serie de costes subordinados a la manera tradicional de entender la prestación del servicio: costes de las externalidades negativas propias de una actividad que, si bien no produce almacenamiento más allá de algunas materias primas o productos, generan una cantidad no despreciable de residuos sólidos y líquidos urbanos y/o residuos peligrosos. costes de energía y agua correspondientes a políticas de consumo confiable, dependiente de los niveles de corresponsabilidad de personas residentes, familiares y profesionales para frenar el cambio climático, y no producto de medidas operativas encaminadas al consumo de efecto nulo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Económicos: <ul style="list-style-type: none"> Residencias sensibles a los vaivenes en el precio de la energía. Centros cautivos del coste energético por no implementar tecnologías adecuadas para limitar el consumo. Sociales: <ul style="list-style-type: none"> Imagen social progresivamente deteriorada por ignorar la perspectiva ambiental de familiares cada vez más imbuidos por ideas ecologistas. Ambientales: <ul style="list-style-type: none"> Centros no eficaces ni, en menor medida, eficientes en la lucha contra el cambio climático.
Transición eficiente (dimensión "I")			
<ul style="list-style-type: none"> Identificar los vectores de la innovación en la atención de futuro a personas mayores: <ul style="list-style-type: none"> Comunidades de desarrolladores de marca (innovación al servicio de una red VIP) y de exploración de lo desconocido. Residencias socialmente integradas y facilitadoras de la conectividad entre los distintos nodos del continuo del cuidado. Grupos de conocimiento transversal para potenciar la I+D+E (investigación, diseño de servicios y evaluación del impacto). Evaluar la transición multidimensional: <ul style="list-style-type: none"> Panel de indicadores consensuados con diferentes <i>stakeholders</i>. Grupos de interpretación y contraste para analizar la evolución de indicadores y el cumplimiento de objetivos de transición. Abrir nuevas líneas de investigación en materia de atención residencial para diferenciar cualitativamente el estilo del centro (potenciar el <i>personal branding</i>). 	<ul style="list-style-type: none"> Económicos: <ul style="list-style-type: none"> Plan de inversiones para el desarrollo de nuevas herramientas aplicadas al cuidado no intrusivo y basadas en las nuevas tecnologías. Sociales: <ul style="list-style-type: none"> El uso de tecnología no humanizada, entendida como mecanismo de reducción de costes, podría dañar la imagen del centro si los objetivos de la innovación orientada al cuidado no se comunican con eficacia. Ambientales: <ul style="list-style-type: none"> La innovación vip debe ser inocua, no debe producir externalidades negativas de efecto invernadero 	<ul style="list-style-type: none"> Sin innovación no hay futuro. No enfrentarse a la realidad postcoronavirus desde las fortalezas de la creatividad y desde "las virtudes del coraje, la humildad y la perseverancia" (Uribeetxebarría, 2020) propias de la innovación, es condenar la necesaria progresión para renunciar a la idea de progresos como motor de mejora. Es, asimismo, una estrategia conservacionista que no da respuestas a un entorno VICA (volátil, incierto, complejo y ambiguo) como el de los cuidados a las personas mayores. Sin innovación, el presente es pasado: <ul style="list-style-type: none"> Una residencia vip no pierde competitividad ni oportunidades porque explora nuevas soluciones de cuidados eficientes. Es más probable que una residencia vip capte talento porque son organizaciones abiertas a la dinámica ensayo-error y al flujo de ideas y entusiasmo profesional. Una filosofía vip favorece la generación de climas laborales óptimos para mejorar, y reconocer, el desempeño profesional. 	<ul style="list-style-type: none"> Económicos: <ul style="list-style-type: none"> La innovación eficiente incorpora al proceso del cuidado productos o servicios, nuevos o mejorados, que utilizan una menor cantidad de recursos, humanos y/o materiales, para producir mayor valor añadido. A largo plazo, los modelos conservacionistas encarecen el cuidado. Sociales: <ul style="list-style-type: none"> Enfocar el cuidado en un contexto de parálisis paradigmática (codificación de zonas de confort), no invita a la captación de capital intelectual para la mejora. El cuidado se estanca y la sociedad se resiente. Ambientales: <ul style="list-style-type: none"> Romper la relación entre innovación y eficiencia energética es desoír la alarma climática.

Residencias en transición activa (hacia el modelo vip)		Residencias con modelos conservadores (residencias 4.0)	
Acciones	Análisis de coste/beneficio	Inacciones	Tipo de coste
Transición en el cuidado (dimensión P)			
<ul style="list-style-type: none"> Reconocer explícitamente a los recursos humanos como motor principal de la evolución hacia el cuidado vip: <ul style="list-style-type: none"> Ratios de personal garantes de una atención personalizada y de calidad. Niveles retributivos que dignifiquen el desarrollo profesional y atraigan talento. Definir los nuevos paradigmas del cuidado: <ul style="list-style-type: none"> Fidelizar la permanencia de directoras/es como elementos tractores de la transición. Alianzas estratégicas con administraciones, patronales y sindicatos. Formación reglada, adecuada y transversal sobre el cuidado al residente y el autocuidado como profesional directamente afectado (prevención del <i>burnout</i>). Fortalecer las redes exógenas de interacción imprescindible con el centro: <ul style="list-style-type: none"> Directrices sobre competencias y responsabilidades sociosanitarias. Participación del apoyo solidario en la “recuperación de lo humano” (voluntariado). 	<ul style="list-style-type: none"> Económicos: <ul style="list-style-type: none"> La residencia vip tiene un principio innegociable: cuidar a quienes cuidan. Solo llegaremos a la ACP si partimos de la ACT (atención centrada en el/la trabajador/a). La revisión de ratios y salarios admite un único código de interpretación: incrementar ambos factores de coste si queremos alcanzar el nivel vip. Sociales: <ul style="list-style-type: none"> Las residencias vip se proyectan a la sociedad como organizaciones que ponen en valor el trabajo de sus profesionales y minimizan el síndrome del cuidador. Ambientales: <ul style="list-style-type: none"> Las claves de futuro en el estilo del cuidado no inciden en este contexto. 	<ul style="list-style-type: none"> Las residencias estrictamente cumplidoras de la normativa no aportan carácter diferenciador positivo. Se limitan a respetar las exigencias funcionales y materiales y coartan la capacidad imaginativa de sus plantillas porque no ofrecen campos de experimentación. El cuidado no evolucionario evalúa la calidad desde modelos <i>ex ante</i>, soportados casi exclusivamente en las consideraciones técnicas de expertos/as y que, en no pocas ocasiones, no contemplan el uso de criterios valorativos de los intangibles del cuidado. Mantener la inercia o acometer pequeñas mejoras incrementales que no discutan los fundamentos de una atención institucional, difícilmente permite entender la atención residencial como aquel conjunto de acciones que se integran en un todo para cuidar de modo personalizado y respetando la singularidad de las personas residentes. 	<ul style="list-style-type: none"> Económicos: <ul style="list-style-type: none"> Observar escrupulosamente los requerimientos de norma es ajustarse a unos costes mínimos que, si bien respetan las obligaciones de acreditación y/o concertación, podrían no cubrir ciertas expectativas de atención. Las residencias con inercias no innovadoras para corregir esta percepción negativa, podrían no llegar al umbral mínimo de sostenibilidad económica. Sociales: <ul style="list-style-type: none"> No implementar actitudes proactivas en la recuperación de la imagen social no ayuda a superar el daño reputacional causado por la pandemia en las residencias Ambientales: <ul style="list-style-type: none"> Sin incidencia aparente.

6.2. Las medidas contra los riesgos de la transición

La transición hacia la residencia vip, si bien compleja y, en todo caso, pensada y pausada, será alcanzable si conseguimos que las siguientes reglas rijan el proceso:

- No correr ni dejar de caminar. La transición a la residencia vip supone repensar el futuro con perspectiva posibilista, evitando estrategias disruptivas y siendo racionalmente ambiciosos en la definición de metas y objetivos.
- No regular fuera de orden y medida, ni con exceso de celo en los requisitos materiales y funcionales, ni con defecto en los intangibles de la atención:
 - Facilitar la implementación de sistemas de evaluación participativa (cumplimiento de las expectativas de las personas usuarias), complementarias a las inspecciones públicas.
 - Evaluar la calidad del cuidado desde la sensibilidad de residentes y entornos sociofamiliares.
 - No entender las residencias como un coto ni etiquetarlas como el final del cuidado
- Interpretar el sistema desde su perspectiva holística donde todos los nodos del continuo del cuidado están interconectados (sinergia sectorial o lo que podríamos conocer como modelo RSI-Residencias Socialmente Integradas).

- No propiciar más crisis reputacionales ni inspirar nuevas críticas. Promocionar el sector hasta evidenciar su carácter esencial y colocarlo a la altura de la sanidad y la educación (la atención a los colectivos más vulnerables y/o desfavorecidos no solo debe ser pilar del estado de bienestar, también tiene que parecerlo).

6.3. La búsqueda de la marca vip (‘personal branding’)

La marca vip se expande sobre un punto central a modo de epicentro: la definición de un futuro modelo de atención residencial como evolución del actual, salvando lo salvable, esto es, “lo suficiente, lo óptimo y lo excelente” (De Martí, 2021). En ese tránsito, el modelo vip defiende el desarrollo de una estrategia colaborativa entre los agentes del sistema. El avance se produce en mecánica radial sobre los cinco ejes que vertebran la transición. En cierta medida, la implementación vip es un caso práctico de prospección que adapta la metodología *social selling* al sector geroasistencial con los siguientes objetivos: ayudar a potenciar socialmente la marca vip, tener mayor visibilidad/alcance, maximizar las oportunidades de contacto y obtener mejores resultados desde campos de experimentación y foros de compartición/contraste.

1. Ampliar la red de percepciones y sensibilidades:
 - Construir y mantener relaciones de confianza con los distintos actores del sistema.
 - Diversificar el alcance para llegar a todos los grupos de interés y dar cabida a todo el espectro opinante.
2. Utilizar herramientas activas de escucha y comunicación:
 - Promover actitudes de empatía hacia las personas usuarias y sus entornos sociofamiliares.
 - Estimular posturas de escucha a los actores de la red priorizando la información que les genera valor.
 - Diseñar contenidos con información que tenga relación con los intereses y expectativas de los actores.
3. Transformar a la ciudadanía en prescriptores de la marca vip:
 - Conseguir que los centros gestores —sus profesionales—, las personas usuarias y/o sus entornos sociofamiliares se conviertan en los principales valedores del sistema.
 - Consolidar la idea de que “la fuerza percibida es la fuerza transmitida”.
4. Intercambiar información con el resto de la red residencial, generar interacción:
 - Idear plataformas de acceso público que ofrezcan información de interés para las personas usuarias, en particular, y la ciudadanía, en general.
 - Construir mapas comparativos y anonimizados para diferentes indicadores o descriptores del impacto social (*benchmarking*).
 - Implementar modelos transparentes de evaluación participativa.
5. Constituirse en líder formal del proceso de transición hacia nuevas fórmulas de cuidado:
 - Utilizar la *expertise* de las personas usuarias como elemento tractor para imprimir la fuerza y dirección necesarias en el proceso de redefinición del modelo de atención.
 - Cumplir las promesas para no producir desafección entre las familias e, incluso, entre la ciudadanía (pérdida de confianza en los planteamientos vip).
 - Medir, analizar y proponer acciones para avanzar en la reformulación del modelo buscando la complicidad de todos los agentes del sistema.

6.4. Las palancas y los engranajes de la transición

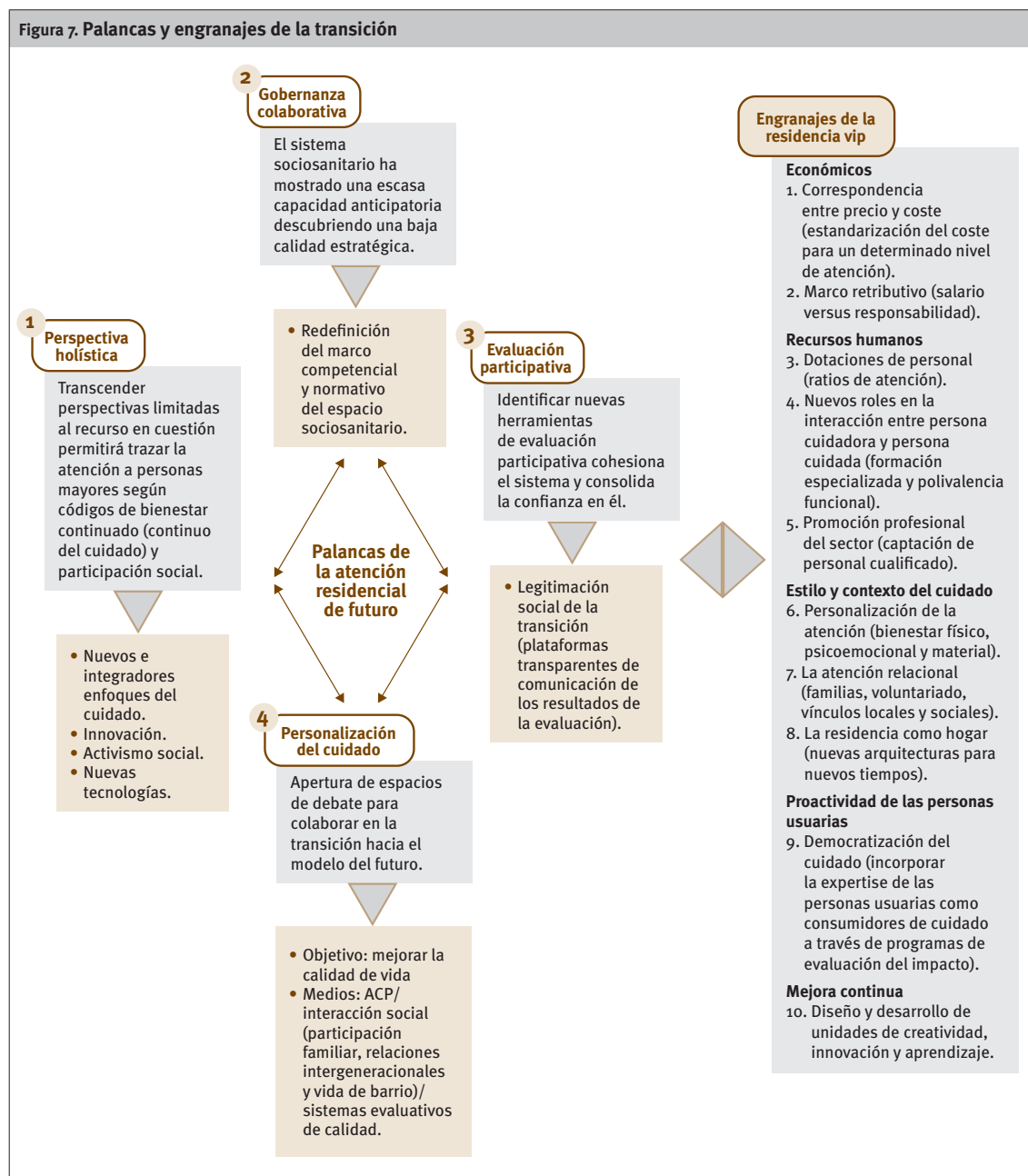
Todas las Administraciones Públicas estructuran su discurso en torno al “inaplazable” cambio del modelo de atención. Así, por ejemplo, en sesiones plenarias de política general en las Juntas Generales de Araba y Bizkaia, sendos diputados generales lanzaron mensajes claros sobre la necesidad del cambio. Se habla de dar

prioridad al cuidado de larga duración en el hogar y un modelo de residencias organizado en unidades más pequeñas, a través de los programas Etxean Bai en Araba y Etxetik en Bizkaia. En Araba se plantean, incluso, la aplicación de desgravaciones fiscales para aquellas familias usuarias de estos nuevos programas. Es evidente que las políticas sociales han incorporado definitivamente a su agenda un replanteamiento del modelo residencial. En cualquier caso, no es una proclama innovadora (Gómez Ordoki, 2021). Desde hace años, el sector viene demandando recurrentemente este cambio de rumbo. La pandemia de covid-19 no ha hecho sino acelerar la revisión del modelo asistencial. La cuestión es en qué sentido.

Los agentes del sector (asociaciones, operadores o consultoras) están, también, lanzando sus propuestas. En general, el paquete de medidas y acciones recomendadas por muchos de los agentes presenta un común denominador en base a cuatro directrices fundamentales: estilo y contexto del cuidado (atención personalizada, ambiente hogareño y convivencia familiar), gobernanza institucional colaborativa (marco sociosanitario), recursos humanos (ratios/salarios) y mejora continua (calidad). Documentos como *Un nuevo modelo residencial para personas en situación de dependencia* (García et al., 2021) o *La atención en residencias. Recomendaciones para avanzar hacia un cambio de modelo y una nueva estrategia de cuidados* (Pinazo, 2020), se pronuncian en estos términos. Naturalmente, también los modelos vip se hacen eco de estas líneas de actuación. Pero, asimismo, integran otras no habituales en la disección de la residencia del futuro: en primer lugar, la evaluación participativa o, lo que es lo mismo, la percepción metodológica del cuidado por parte de las personas usuarias; y en segundo lugar, la estimulación de la creatividad o, en otras palabras, la innovación como propulsor del diseño de nuevos servicios (análisis de procesos experimentales e implementación de casos de éxito).

Este conjunto de actuaciones, y algunas otras de contenido ecosistémico, se ensamblan para conformar el modelo vip. La inercia transicional se imprime desde cuatro palancas cardinales (perspectiva holística, gobernanza colaborativa, evaluación participativa y personalización del cuidado) conectadas por diferentes engranajes (decálogo de la transición).

Sin duda, el engranaje que más potencia transmite al cambio es el de la redefinición de ratios y la revisión de salarios (cuidar a quien cuida, tercer vector de la dimensión P en su primera proyección). Y, por extensión, el de la obligada revisión de los costes de producción para una atención de calidad que, consecuente y paralelamente, debería estar acompañada por el análisis de la financiación pública necesaria. Porque la residencia vip busca “una forma de cuidar mejor que la que, en general, tenemos ahora. Pero, no nos engañemos, una forma también más costosa” (De Martí, 2021).



Fuente: Elaboración propia.

En un Estado con costes de atención heterogéneos —derivados de requisitos autonómicos muy dispares— y un convenio colectivo marco que retribuye la principal figura del cuidado apenas un 5% por encima del salario mínimo interprofesional, la “equiparación de los servicios de todos los ciudadanos con independencia de donde residan” (Pascual, cit. en Geriátricare, 2021), exige la previa definición de un modelo de cuidados con unos contenidos mínimos y suficientes en materia asistencial, material y económica). En ese propósito, los modelos vip, y más concretamente sus dinámicas de transición, podrían constituirse en referencias transversales válidas para imprimir un avance homogéneo en la transición hacia el modelo residencial de futuro.

7. Conclusiones

- El desarrollo práctico de la LAPAD se ha producido en mayor medida desde coordinadas domiciliarias que extradomiciliarias. Las razones podrían ser de muy distinta índole, pero los datos infieren que el cuidado familiar, básicamente informal como baluarte de la cultura mediterránea, soporta el sistema. La cuestión en esta apreciación empírica es saber si lo hace porque no hay suficiente oferta de recursos sociales especializados o porque, simplemente, el cuidado familiar de las personas mayores es algo culturalmente diferenciador en la Europa del sur.

- Si la cultura condiciona el ecosistema, el entorno sociofamiliar —en su papel de cuidadores informales, el primer recurso asistencial de atención a las personas dependientes—, más concretamente su percepción del cuidado como segundo nivel de usuario, debería ser parte activa en la evaluación de los servicios de cartera. De alguna manera, si entendiéramos el ecosistema como una telaraña que detecta cualquier cambio de presión, los servicios serían las fibras MA del sistema (PECEF, SAD, atención residencial, etc.) y las familias serían las fibras víscidas o aquellas que conectan las MA para dar consistencia y conectividad a la red. En esta lógica, residencias y domicilios, domicilios y residencias, se entienden como partes de un todo con entidad superior. La transición hacia la residencia del futuro demanda estrategias holísticas para no centrar el discurso, y muy probablemente las soluciones, en inercias de desconexión y percepción desintegrada.
- Las residencias vip son “evolucionarias” porque no rompen de modo abrupto con un pasado que progresivamente ha abandonado las prácticas de la beneficencia, ha profesionalizado la atención y, formal o informalmente, consciente o inconscientemente, ha comenzado a cuidar con códigos alternativos de personalización y respeto a la libre elección. Pero si la evolución se queda anclada en la dimensión P, su valor añadido es básicamente personal (el/la residente y sus circunstancias). Los modelos vip, por el contrario, producen valor social porque impulsan un *know how* con visión integradora, más tendente a la atención centrada en las relaciones —la residencia y sus circunstancias— que a la atención centrada en la persona. Optar por lo vip es ampliar el alcance de la misión, visión y valores del centro porque las personas usuarias, además de constituirse en el epicentro de la atención, participan en la definición de las políticas sociales (gobernanza colaborativa), evalúan la calidad del cuidado (evaluación participativa) y determinan el rumbo de la mejora (sentido de la innovación).
- La conectividad multidimensional es una de las dos cadenas del ADN de las residencias vip; la evaluación participativa es la cadena complementaria. La propuesta vip se articula conforme a su capacidad de ensamblaje interno y externo: interno, porque es un nodo conectado al ecosistema de cuidados a personas mayores dependientes; externo, porque su actividad trasciende el cuidado de personas frágiles y vulnerables para identificarse, también, con las preocupaciones sociales de toda índole (cambio climático, pirámide poblacional, códigos éticos, humanización de las nuevas tecnologías, etc.). En el ecosistema social o aquel basado en las relaciones entre los seres humanos (Molina, 2018), las residencias vip buscan desempeñar un papel activo y no ofrecerse al imaginario colectivo como organismos cuasi parasitarios que no aportan valor en la transformación social.
- La cualidad vip no es un anhelo como consecuencia de la realidad postcoronavirus. Si bien es cierto que la covid-19 ha sido un potentísimo reactivo para que las administraciones autonómicas hayan decidido romper —al menos discursivamente— con ciertas herencias en la atención a las personas mayores, la idea de una necesaria transición hacia el cuidado del futuro ya estaba interiorizada en el sector desde hacía un tiempo. En la segunda década del siglo XXI, los países presumiblemente más innovadores en materia geroasistencial reflexionan sobre las tendencias de futuro “partiendo de la investigación del diseño ambiental” (De Martí, 2015). La residencia vip conecta perspectivas e incorpora al debate elementos como “privacidad”, “dignidad”, “libertad de elección”, “entorno hogareño”, “tecnología para mejorar la calidad de vida”, “entornos sostenibles”, “integración comunitaria” o “continuo asistencial”. El reto de futuro es integrar este directorio conceptual en las correspondientes normas reguladoras.
- La evaluación vip trasciende la tangibilidad de otros métodos evaluativos. No se detiene en la detección de incumplimientos de norma o en el análisis de reclamaciones (inspecciones públicas o auditorías de calidad), sino que busca dotarse de datos, argumentos y percepciones para objetivar el estilo del cuidado desde la sensibilidad de las personas residentes y/o sus entornos sociofamiliares (modelo certificativo de cumplimiento de expectativas de los clientes) y desde la participación vinculante en la definición de los planes individuales de cuidado (gestión de caso). Las residencias vip abren canales, foros y otros formatos de encuentro para discutir el cuidado —como observación/valoración diaria de incidencias—, la interacción entre familia y centro y las dinámicas relacionales (interacción de la residencia con los diferentes grupos de interés). El principal cometido de la evaluación vip es complementar la inspección pública desde contenidos cualitativos; su principal virtud, la transparencia en la comunicación de los resultados.
- Ser vip es reconocer la tríada del cuidado sin prevalencias (actividades de la vida diaria \cong salud \cong psicosocial). Ser vip es, asimismo, promover una mayor presencia de profesionales de perfil psicosocial como mayor garantía para combatir las tres plagas de la vida residencial (soledad, aburrimiento e inutilidad). Pero ser vip es, sobre todo, producir una sensación de bienestar en las personas residentes que, por mayores, no han renunciado a sus proyectos de vida.
- La transición a la residencia del futuro no está exenta de riesgos ni se produce a coste cero. Alcanzar la categoría vip implica asumir inversiones que, a medio y largo plazo, producen retornos positivos desde el reconocimiento social (efecto *boomerang* del enfoque vip). Insistir en la perdurabilidad del modelo residencial 4.0 como

alternativa de futuro, aunque inicialmente menos demandante de financiación complementaria, no parece una estrategia económica integral inteligente porque los costes sociales, ambientales y políticos desaconsejan la decisión. La recuperación reputacional del sector, más allá de pisar el umbral 5.0 o adquirir la marca vip, pasa por volver a erigirse en depósito de confianza para una sociedad que no puede prescindir de las residencias como servicios esenciales. Esta recuperación del terreno perdido, más aún su posibilidad de crecimiento

futuro, solo será una realidad alcanzable si el Estado —y, por delegación de competencias, los ejecutivos autonómicos—, priorizan el cuidado a las personas mayores como un reconocimiento a los esfuerzos de la “generación silenciosa”. Las materias primas del éxito son inconfundibles y se extraen en el yacimiento de la inversión pública: incremento de ratios, dignificación salarial, revisión de costes de atención, cuidados personalizados, evaluación participativa y estímulos a la innovación. El buen hacer del sector hará el resto.

- ATARÉS A. (2020): “Residencias y tecnología asistencial: ¿cómo invertir con sentido?”, *Inforesidencias*, <https://dependencia.info/noticia/3230/opinion/residencias-y-tecnologia-asistencial-como-invertir-con-sentido.html>.
- BUCKLAND H. y MURILLO D. (2013): *Vías hacia el cambio sistémico. Ejemplos y variables para la innovación social*, San Cugat del Vallés, Instituto de Innovación Social.
- CASTRO J. y GÓMEZ A. (2020): *Las políticas sociales en tiempos de la COVID-19. La experiencia del Territorio Histórico de Gipuzkoa*, Diputación Foral de Gipuzkoa.
- CORTES DE ARAGÓN (2020b): *Dictamen de la comisión especial de estudio para analizar los criterios que deben regir la reestructuración de la red de centros asistenciales de mayores de Aragón, así como las medidas y modificaciones legislativas y el estudio de viabilidad de las mismas*, Cortes de Aragón.
- DE MARTÍ J. (2015): “Diez tendencias en el diseño de residencia de mayores”, *Inforesidencias*, <https://www.inforesidencias.com/blog/index.php/2015/10/01/diez-tendencias-en-el-diseno-de-residencias-de-mayores/>.
- DE MARTÍ J. (2021): “¿Cómo conseguir las residencias que necesitaremos en los próximos 30 años?”, *Inforesidencias*, <https://dependencia.info/noticia/4437/opinion/como-conseguir-las-residencias-que-necesitaremos-en-los-proximos-30-anos.html>.
- DÍAZ-VEIGA, P.; SANCHO, M.; GARCÍA, A.; RIVAS, E.; ABAD, E.; SUÁREZ, N.; MONDRAGÓN, G.; BUIZA, C.; ORBEGOZO, A. y YANGUAS, J. (2014): “Efectos del Modelo de Atención Centrada en la Persona en la calidad de vida de personas con deterioro cognitivo de centros gerontológicos”, *Revista Española de Geriátrica y Gerontología*, vol. 49, nº 6, pp. 266-271.
- ESPAÑA (2006): Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, *Boletín Oficial del Estado*, nº 299, 15-12-2006.
- (2013): Real Decreto 235/2013, de 5 de abril, por el que se aprueba el procedimiento básico para la certificación de la eficiencia energética de los edificios, *Boletín Oficial del Estado*, nº 89, 13-4-2013.
- (2012): Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad, *Boletín Oficial del Estado*, nº 168, 14-7-2012, pp. 50.428-50.518.
- (2017): Real Decreto 1082/2017, de 29 de diciembre, por el que se determina el nivel mínimo de protección garantizado a las personas beneficiarias del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia”, *Boletín Oficial del Estado*, nº 317, 30-12-2012, pp. 130.885-130.887.
- ESTÉVEZ R. (2013): “¿Qué tipo de estrategia ambiental sigue tu empresa?”, *EcoInteligencia*, <https://www.ecointeligencia.com/2013/06/tipos-estrategia-ambiental-empresa/>.
- FERNÁNDEZ MUÑOZ, J. (coord.) (2021): *Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por comunidades autónomas. Informe 2018*, Madrid, Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, Instituto de Mayores y Servicios Sociales.
- FILARDO, C. (2011): “Trabajo Social para la Tercera Edad”, *Documentos de Trabajo Social*, nº 49, pp. 204-219.
- GARCÍA, G.; RAMÍREZ J.M.; ARANDA A.M. y RUEDA A. (2021): *Un nuevo modelo residencial para personas en situación de dependencia*, Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales.
- GERIATRICAREA (2014): “Aging 2.0, la plataforma de impulso a la innovación en beneficio de los mayores,

- llega a Madrid”, *Geriatricarea*, <<https://www.geriatricarea.com/2017/07/07/aging-2-0-la-plataforma-impulso-la-innovacion-beneficios-mayores-llega-madrid/>>.
- (2021): “El CEAPs pide garantizar la igualdad de Derechos de todas las personas dependientes y una financiación digna”, *Geriatricarea*, <<https://www.geriatricarea.com/2021/06/10/>>.
- GOBIERNO DE ESPAÑA (2021): *Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia*. Gobierno de España.
- GÓMEZ ORDOKI, A. (2018): “Precios, ratios y costes en la prestación de servicios residenciales para personas mayores: análisis comparativo entre Gipuzkoa y el resto del Estado”, *Zerbitzuan*, nº 65, pp. 141-173, <<https://doi.org/10.5569/1134-7147.65.12>>.
- (2020): “Habitús: supervisión de la calidad asistencial desde la perspectiva doméstica de la atención”, *Zerbitzuan*, nº 71, pp. 75-103, <<https://doi.org/10.5569/1134-7147.71.05>>.
- (2021): “Adiós, año de la rata; bienvenido, año del buey”, *Dependencia.info*, <<https://dependencia.info/noticia/4073/opinion/adios-ano-de-la-rata-bienvenido-ano-del-buey.html>>.
- HERNÁNDEZ-ASCANIO, J.; TIRADO-VALENCIA, P. y ARIZAMONTES, A. (2013): “El concepto de innovación social: ámbitos, definiciones y alcances teóricos”, *CIRIEC-España, Revista de Economía Pública, Social y Cooperativa*, nº 88, pp. 165-199.
- HOLT-LUNSTAD, J.; SMITH, T.B. y LAYTON, J.B. (2010): “Social relationships and mortality risk: A metaanalytic review”, *PLOS Medicine*, vol. 7, nº 7, e1000316.
- INARQUIA (s.f.): “7 Edificios con el estándar Passivhaus en España”, *Inarquia*, <<https://inarquia.es/edificios-passivhaus-espana/>>.
- JIMÉNEZ S, y VIOLA A. (2019): *Observatorio de la Dependencia, tercer informe, noviembre 2019*, serie Estudios sobre la Economía Española, nº 2019/42, Fedea.
- KNAPP, M. (1988): *La economía de los servicios*, Barcelona, Escola Universitària de Treball Social, Barcelona, La Llar del Libre.
- MARTÍN GARCÍA, M. (2012): “Trabajo social con personas mayores. Teoría y práctica del Trabajo Social Gerontológico”, *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, nº 98, pp. 9-34.
- MARTÍNEZ, T. (2016): “Auxiliares y gerocultores/as, profesionales clave en la ACP”, *La Atención Centrada en la Persona, un Camino por Recorrer*, <<http://acpgerontologia.blogspot.com/2016/11/auxiliares-y-gerocultoresas.html>>.
- MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, T. (2016): La atención centrada en la persona en los servicios gerontológicos. Modelos de atención y evaluación, colección Estudios de la Fundación, nº 3, Fundación Pilares para la Autonomía Personal.
- MOLINA RODRÍGUEZ, L. (2018): “Dualidades, ecosistemas sociales y naturaleza” (trabajo de fin de grado), Universitat Politècnica de València.
- OMS (2015): *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- PINAZO, S. (2020): *La atención en residencias. Recomendaciones para avanzar hacia un cambio de modelo y una nueva estrategia de cuidados*, Generalitat Valenciana, Universitat de València.
- QUIJADA, P. (2019): “La ACP como marco de implementación para la innovación tecnológica”, *EH4ALL- People-centered*, <<https://ehealth4all.net/2019/12/02/la-acp-como-marco-de-implementacion-para-la-innovacion-tecnologica/>>.
- RUIZ-ROBLEDILLO, N. y MOYA-ALBIOL, L. (2012): “El cuidado informal: una visión actual”, *Revista de Motivación y Emoción*, nº 1, pp. 22-30.
- SÁNCHEZ GONZÁLEZ, D. y CHÁVEZ ALVARADO, R. (2020): *Envejecimiento de la población y cambio climático. Vulnerabilidad y resiliencia desde la gerontología ambiental*, Granada, Comares.
- SANCHO CASTIELLO, M. y MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, T. (2020): *Revisión internacional de modelos de atención residencial para personas mayores. Parte II: análisis de tendencias internacionales en centros residenciales y otros alojamientos*, Junta de Castilla y León.
- SCHALOCK R. y VERDUGO M.A. (2013): *Discapacidad e Inclusión. Calidad de vida*. Salamanca, Amarú.
- SECRETARÍA DE ESTADO DE SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD (2012): Resolución de 13 de julio de 2012, de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia para la mejora del sistema para la autonomía y atención a la dependencia”, *Boletín Oficial del Estado*, nº 185, 13-8-2012, págs. 55.657-55.674.
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA (ed.) (2012): *Manual práctico sobre las 101 dudas más frecuentes sobre la Ley de Dependencia*, Sociedad Española de Geriatría y Gerontología.
- TREPAT, M. (2019): “El futuro de la arquitectura para las personas mayores: espacios que eviten el estrés, la angustia y la depresión”, *Geriatricarea*, <<https://www.geriatricarea.com/2019/11/29/el-futuro-de-la-arquitectura-para-las-personas-mayores-espacios-que-eviten-el-estres-la-angustia-y-la-depresion/>>.
- UNIÓN DEMOCRÁTICA DE PENSIONISTAS Y JUBILADOS DE ESPAÑA (2017): “El 82 % de las Personas Mayores en España quiere envejecer en su propia casa”, Unión Democrática de Pensionistas y Jubilados de España, <<https://www.mayoresudp.org/el-82-de-las-personas-mayores-en-espana-quiere-envejecer-en-casa/>>.
- URIBEETXEBERRIA, A. (2020): “Las 4 consecuencias de no innovar”, *Adigai Innovation*, <<https://adigai.com/blog/las-4-consecuencias-de-no-innovar/>>.
- VV. AA. (2020a): *Informe del grupo de trabajo COVID-19 y residencias*, Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030.

Zerbitzuan aldizkarirako originalak aurkezteko arauak

- *Zerbitzuan* aldizkarian gizarte-politikei eta zerbitzuei buruzko artikulua argitaratu ditzakete arloan diharduten profesional, ikerlari, erakundeen ordezkari eta gizarte-ongizateko politiketan interesa duten pertsona orok.
- Artikuluak argitaragabeak izango dira eta aldizkariaren ardatz diren oinarritzko gaiei buruzkoak (gizarte-zerbitzuak eta gizarte-ongizateko politikak; gizartearen parte hartzea; immigrazioa, pobrezia eta gizarte-bazterketa; urritasuna; adineko, haur eta adingabeen arreta; droga-mendetasun eta gizartearen eskuartzea, oro har).
- Artikuluak idatz daitezke bai euskaraz bai gaztelaniaz, eta argitaratuko dira jatorrizko testua jasotzen den hizkuntzan.
- Artikuluak posta elektronikoz igorriko dira, testuak Word dokumentu batean; eta balizko grafikoak Excel dokumentu batean.
- Formaren ikuspegitik, kontuan hartu, arren, honako jarraibide hauek:
 - Artikulu bakoitzak izan beharko ditu gutxienez 5.000 hitz eta gehienez 12.000, eta hor zenbatuko dira taulak, grafikoak eta bibliografia. Mesedez, ezinbesteko jotzen diren taulak eta grafikoak bakarrik igorri.
 - Lehenengo orrialdean jasoko dira artikulua titulua, egilearen edo egileen izenak, eta, baita ere, haietako bakoitzaren harremanerako posta-helbidea, telefonoa eta lankide gisa jardundako erakundeak. Artikuluaren laburpena erantsi beharko zaio (gehienez 120 hitz), eta hautatuko dira testuaren edukia deskribatuko dituen bost giltza hitz.
 - Aipua edo oharrak joango dira orri-oinean.
 - Artikuluaren erreferentzia bibliografikoak jarraituko dute ISO 690/1987 Araua.
- Erredakzio Kontseiluko kideen iritzira jarriko dira artikulua jasotzen direnean, eta haiek erabakiko dute argitaratu edo ez kalitate zientifiko eta egokieraren arabera.
- Artikuluak argitaratzeko onartzen direnean, aldizkariaren zuzendaritzak beretzat gordeko du testuaren epigrafeak eta titulua aldatzeko eskubidea, baita aldizkariaren estilo-arauen arabera, komenigarri jotzen dituen estilo-zuzenketak egiteko ere.
- Egileek ez dute ordaindu behar euren artikulua ebaluatu edo argitaratzeagatik.

Honako hauek dira aldizkariaren helbide eta harremanerako telefonoa:

Zerbitzuan

SIIS 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



75

IRAILA · SEPTIEMBRE
2021

Víctimas de violencia de género mayores de sesenta y cinco años: análisis interseccional de vulnerabilidades y nuevas formas de maltrato

Los asentamientos en la ciudad de Barcelona: dificultades y retos de la atención social en el espacio público

Gizarte-zerbitzuak eta gizarte-langintza: zein da zein?

Derivo... pero no me olvido: claves para la efectividad de la intervención en servicios de atención psicosocial de servicios sociales

Descubre tu Potencial para Educar a tus Hijas e Hijos: un programa de parentalidad positiva

Desarrollo autonómico de la prestación económica de asistencia personal

Residencias vip en el ecosistema de cuidados a personas mayores: un modelo en discusión



EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO

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