

PERFECCIONAMIENTO DE LOS SERVICIOS SOCIALES EN ESPAÑA

Informe con ocasión
de la Ley sobre
autonomía y dependencia

Demetrio Casado y Fernando Fantova
(coordinadores)

COLECCIÓN DE ESTUDIOS



FUNDACIÓN FOESSA
FOMENTO DE ESTUDIOS SOCIALES
Y DE SOCIOLOGÍA APLICADA



PERFECCIONAMIENTO DE LOS SERVICIOS SOCIALES EN ESPAÑA

INFORME CON OCASIÓN DE LA LEY
SOBRE AUTONOMÍA Y DEPENDENCIA

Demetrio Casado y Fernando Fantova
(coordinadores)



MADRID, 2007

© Cáritas Española Editores
San Bernardo, 99 bis
Teléf. 91 444 10 06
Fax: 91 593 48 82
E-mail: publicaciones@caritas.es
[http: www.caritas.es](http://www.caritas.es)

© FUNDACIÓN FOESSA
San Bernardo, 99 bis
28015 MADRID

I.S.B.N.: 978-84-8440-373-9
Depósito Legal: M. 11.861-2007

Portada: Artegraf, S.A.

Imprime: Artegraf, S.A.
Sebastián Gómez, 5 · 28026 MADRID

Impreso en España - Printed in Spain

Este trabajo ha sido realizado por el Seminario de Intervención y Políticas Sociales (SIPOSO), con el patrocinio de la Fundación FOESSA, mediante el equipo de trabajo siguiente:

Coordinadores: Demetrio Casado y Fernando Fantova.

Autores: José María Alonso Seco, Demetrio Casado, Dolors Colom, Fernando Fantova, Rosa Graells i Domingo, Encarna Guillén, Gregorio Rodríguez Cabrero, Alicia Sarabia Sánchez, Miguel Vcte. Segarra, Pilar Serrano Garijo, Helena Sotelo, M^a Cruz de Tena-Dávila Mata y Antoni Vilà.

Organización: Polibea.

Secretaría: Paqui Coletó.

Cuidado de la edición de originales: Elvira Villalobos.

Gestión editorial: María Victoria Aparicio.

	<u>Págs.</u>
Introducción. Seminario de Intervención y Políticas Sociales (SIPOSO)...	17
Síntesis de criterios y propuestas para el perfeccionamiento de los servicios sociales en España. Seminario de Intervención y Políticas Sociales (SIPOSO)	19
1. La rama de los servicios sociales. Demetrio Casado	35
1.1. Concepto tentativo de los servicios sociales, entendidos como rama de actividad	36
1.1.1. Bienestar individual y social, para el presente y para el futuro	36
1.1.2. Ayuda personal polivalente	37
1.1.3. Prestaciones individuales y otras actividades de carácter técnico	38
1.1.4. Formalizadas	39
1.1.5. Producidas y dispensadas mediante diversos regímenes institucionales	39
1.2. Los servicios sociales y otras ramas de actividad de fin u objeto social	39
1.2.1. La rama de los servicios sociales y otras del árbol social	39
1.2.2. Demandas y actuaciones mixtas	41
1.3. Los servicios sociales y los colectivos de destinatarios	42
1.3.1. Los servicios sociales no son reductibles a los colectivos desfavorecidos	43
1.3.2. La propuesta de ensanchar la herramienta de los servicios sociales	44
1.4. La acción pública en servicios sociales	46
I. INFORMACIÓN INTERNACIONAL	49
2. Tendencias recientes en los servicios sociales europeos: algunos ejemplos paradigmáticos. Helena Sotelo	51
2.1. Introducción	51

	<u>Págs.</u>
2.2. Tendencias organizativas más destacables	52
2.2.1. Ordenación territorial	53
2.2.2. Unidades administrativas para la prestación de servicios ..	54
2.2.3. Líneas básicas de la distribución competencial: el pro- gresivo reforzamiento del protagonismo de las Adminis- traciones locales	55
2.2.4. Líneas básicas relacionadas con la financiación	57
2.2.5. Responsabilidad pública y economía mixta	59
2.2.6. Las crisis de las políticas sociales en Europa	59
2.2.7. Gestión de la participación institucional	63
2.3. Tendencias más destacables en la orientación de los servicios ..	69
2.3.1. Reforzamiento de la atención comunitaria	69
2.3.2. Modelos de atención integral e individualizada	70
2.3.3. Conciliación de responsabilidades familiares y profesio- nales	70
2.3.4. Previsiones específicas en materia de atención a la de- pendencia de las personas mayores	71
2.4. Tendencias más destacables desde la perspectiva jurídica	73
2.4.1. Protección de los derechos de las personas usuarias ...	73
2.4.2. Garantía de prestación	74
2.4.3. Sistemas de garantía de calidad de los servicios	74
2.5. Tendencias más destacables en el ámbito de las prestaciones económicas	75
2.5.1. Prestaciones de apoyo a la familia	75
2.5.2. Prestaciones económicas de garantía mínima de ingresos ..	75
2.5.3. Prestaciones económicas destinadas a la adquisición de servicios	75
3. Medidas y proyectos de la Unión Europea incidentes en los ser- v	-
 i	-
 cios sociales. Miguel Vcte. Segarra	81
Introducción	81
3.1. Hechos principales observados	81
3.2. La financiación. Tendencias	83
3.3. La provisión	84
3.4. Financiación. Análisis	89
3.5. Impacto de estas políticas en trabajadores y usuarios	91
3.6. Salarios	92
II. DESARROLLO DE LA RAMA DE LOS SERVICIOS SOCIALES EN ESPAÑA	99

	<u>Págs.</u>
4. Apunte histórico de la construcción de los servicios sociales. Demetrio Casado	101
4.1. Antecedentes contemporáneos hasta 1978	101
4.1.1. La Beneficencia pública	102
4.1.2. Metabolismo del complejo socioasistencial en el franquismo	109
4.1.3. La marca «servicios sociales»	112
4.1.4. Iniciativas de la Transición concernientes a los servicios sociales públicos	119
4.2. Los servicios sociales a partir -y pese- a la Constitución de 1978	122
4.2.1. La Constitución y los servicios sociales	122
4.2.2. Los estatutos de autonomía y los traspasos de servicios	125
4.2.3. La construcción normativa de los nuevos servicios sociales	126
4.2.4. Balance	135
5. Los cambios legislativos recientes en materia de servicios sociales. Encarna Guillén y Antoni Vilà	147
5.1. Introducción	147
5.2. Análisis de los cambios	150
5.2.1. Derecho a los servicios sociales	150
5.2.2. Principios	152
5.2.3. Prestaciones	154
5.2.4. Derechos y deberes de los usuarios	156
5.2.5. Financiación	158
5.2.6. El sistema de servicios sociales	161
5.2.7. Estructuración funcional y territorial	164
5.2.8. Distribución de competencias	165
5.2.9. Participación	169
5.2.10. La dependencia	171
5.3. Conclusiones	173
6. Impacto de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia en los servicios sociales de las Comunidades Autónomas. Encarna Guillén y Antoni Vilà	177
6.1. Presentación	177
6.2. Aspectos generales	178
6.3. Derecho a los servicios sociales	181
6.4. Principios rectores	185
6.5. Prestaciones	187

	<u>Págs.</u>
6.6. Derechos y deberes de los usuarios	191
6.7. Financiación	193
6.8. Sistema	196
6.9. Estructuración funcional y territorial	199
6.10. Distribución competencial.....	200
6.11. Participación.....	202
6.12. Consideraciones finales	203
III. PROPUESTAS DE MEJORA.....	207
7. Elementos de diagnóstico técnico e institucional de los servicios sociales en España y propuestas para su mejora. Fernando Fantova	209
7.1. Introducción	209
7.2. Estado de bienestar y servicios sociales	212
7.2.1. Las aportaciones de Gregorio Rodríguez Cabrero	212
7.2.2. El estudio de la <i>malla de seguridad</i>	216
7.3. Reforma de los servicios sociales	217
7.3.1. Demetrio Casado.....	218
7.3.2. El manifiesto de Talavera y otras aportaciones desde los colegios de trabajo social y el asociacionismo de personas directivas del ámbito de los servicios sociales	220
7.3.3. Hacia la intervención integral en servicios sociales.....	222
7.4. Exclusión social y servicios sociales.....	224
7.4.1. El V Informe de políticas sociales de la Fundación Hogar del Empleado	224
7.4.2. Aportaciones de equipos dirigidos por Joan Subirats	226
7.5. Protección social de la dependencia y servicios sociales.....	228
7.5.1. El <i>Libro Blanco</i>	228
7.5.2. El sistema español de servicios sociales y las necesidades derivadas de la atención a la dependencia	229
7.5.3. La Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia	231
7.6. Nuevas perspectivas en las comunidades autónomas.....	235
7.6.1. Cataluña	236
7.6.2. Navarra.....	237
7.6.3. País Vasco.....	239
7.6.4. Galicia	242
7.7. Consideraciones y conclusiones finales	243
7.8. Bibliografía	251
8. Objetivos permanentes y enfoques de los servicios sociales. Demetrio Casado	255

	<u>Págs.</u>
8.1. Objetivos permanentes.....	255
8.1.1. Asistencia supletoria.....	255
8.1.2. Habilitación y rehabilitación	257
8.1.3. Prevención	259
8.1.4. Accesibilidad	260
8.2. Enfoques de la oferta.....	261
8.2.1. Oferta universalista e igualitaria, sin perjuicio de la selectividad técnica	261
8.2.2. Enfoque comunitario	268
8.2.3. Enfoque del desarrollo personal	280
8.2.4. Enfoque proactivo.....	284
9. Demandas y reforma de la oferta técnica de los servicios sociales	289
Demetrio Casado	289
9.1. La demanda potencial.....	292
9.2. Selección de demandas y actividades	293
9.2.1. Prospección de la demanda y difusión de la oferta.....	294
9.2.2. Promoción de apoyos familiares y otros sociales	297
9.2.3. Incidencias y emergencias	299
9.2.4. Diagnóstico, programación y gestión de casos.....	302
9.2.5. Apoyos a las familias en el cuidado infantil común.....	307
9.2.6. Ampliación de las prestaciones de desarrollo personalizadas.....	309
9.2.7. Tratamientos de atención temprana.....	311
9.2.8. Atención a la dependencia funcional	315
9.3. Pro cartera de prestaciones.....	315
9.3.1. Cómo garantizar el derecho a los servicios sociales	316
9.3.2. La cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud ..	317
9.3.3. La catalogación de prestaciones de servicios sociales ..	324
9.4. Nota sobre funciones relativas a la gestión del conocimiento ...	
10. Propuestas de mejora en la organización y gestión de los servicios sociales. Diagnóstico funcional y sugerencias de cambio.	325
Alicia Sarabia Sánchez.....	325
Introducción	
10.1. Situación actual de la organización y gestión de los servicios sociales en España	325
10.1.1. El estado de la cuestión	329
10.1.2. Servicios sociales de atención primaria.....	331
10.1.3. Servicios sociales especializados	333
10.2. Cuestiones acerca de los modelos organizativos actuales.....	
10.2.1. Problemas derivados de la competencia exclusiva de	333

	<u>Págs.</u>
I	334
Comunidades Autónomas	334
10.2.2. Problemas en los servicios sociales de atención primaria	337
10.2.3. Problemas en los servicios sociales de atención especializada.....	338
10.2.4. Problemas para el ciudadano.....	342
10.2.5. Por qué una reforma.....	345
10.3. Algunas propuestas para la mejora de la organización y gestión de los servicios sociales	345
10.3.1. Algunas propuestas de organización y gestión	351
10.3.2. La red profesional.....	352
10.4. Conclusiones.....	355
11. Financiación de los servicios sociales con especial referencia a la Ley de Promoción de la Autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Situación y propuestas de mejora. Gregorio Rodríguez Cabrero.....	355
11.1. Situación actual de la financiación de los servicios sociales en España	360
11.2. La financiación de la LEADE como oportunidad para la construcción de un sistema universal y suficiente de protección social de la dependencia y apoyo a la autonomía de las personas	363
11.3. El coste y la financiación de la LEADE	368
11.4. Efectos no deseados de la LEADE y propuestas de mejora de la financiación de los servicios sociales.....	373
12. Mejoras jurídico-institucionales en los servicios sociales. José María Alonso Seco	373
Introducción	377
12.1. Mejoras jurídicas generales	377
12.1.1. Elaboración de una Ley estatal reguladora de las condiciones básicas de servicios sociales	380
12.1.2. Progresivo reconocimiento de los servicios sociales como derecho del ciudadano	383
12.1.3. Mayor avance en la regulación de la responsabilidad pública en materia de servicios sociales	386
12.1.4. Ordenación de los recursos sociales para hacerlos más próximos al lugar de residencia del ciudadano.....	388
12.1.5. Regulación jurídica de la atención sociosanitaria.....	390
12.1.6. Mayor clarificación en la delimitación competencial que tienen las Administraciones públicas en materia de servicios sociales.....	393
12.1.7. ¿Transferencia a las Comunidades Autónomas de la	393

	<u>Págs.</u>
asistencia social y de los servicios sociales del sistema de Seguridad Social?	395
12.1.8. Una mayor profundización en la regulación de la iniciativa privada en el ámbito de los servicios sociales.....	396
12.1.9. Dotar a los servicios sociales de instrumentos jurídicos adecuados para conseguir la finalidad que pretenden ...	398
12.1.10.....Pacto Local y servicios sociales	
12.2. Algunos comentarios a la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (LEAPAD)	400
12.2.1. Servicios sociales y atención a la dependencia.....	401
12.2.2. Impacto de la LEAPAD en las responsabilidades y obligaciones de las Comunidades Autónomas	404
12.2.3. La valoración de la situación de dependencia y la elaboración del programa individual de atención	409
12.2.4. Régimen jurídico de la participación de las ONGs	411
12.2.5. La coordinación y cooperación en el plano institucional..	412
A modo de conclusión	
	415
IV. COORDINACIÓN DE LAS RAMAS DE SERVICIOS SANITARIOS Y SOCIALES	
	417
13. La idea de lo «socio sanitario» y aplicaciones: cuando la eficiencia deja de ser «utopía». Dolors Colom	
	417
13.1. Introducción	418
13.1.1. La idea de «lo socio sanitario»	421
13.1.2. La atención socio sanitaria: definición	422
13.1.3. La atención socio sanitaria en el Ministerio de Sanidad y Consumo	423
13.2. El Programa «Vida als Anys» de la Generalitat de Catalunya	
1	428
2003	
13.3. Algunas experiencias públicas de introducción del modelo de atención socio sanitaria.....	428
13.3.1. 1985. Puesta en marcha del Programa de Planificación del Alta Hospitalaria: Hospital de Sant Andreu de Manresa	430
13.3.2. Ficha técnica de los resultados en la Unidad de Sant Andreu - Hospital General de Manresa.....	433
13.3.3. Resultados en la Unitat de Sant Andreu - Hospital General de Manresa.....	434
13.3.4. ¿Qué supuso para la gerencia del hospital esta informa-	436
	437

	<u>Págs.</u>
ción de carácter sociosanitario del Servicio de Trabajo Social?.....	441
13.3.5. Los resultados: ¿qué son?.....	443
13.3.6. El Programa de Planificación del Alta en el Hospital Virxe da Xunqueira Cee - A Coruña	445
13.4. Una nueva realidad	445
13.5. Reflexión final	447
Bibliografía citada	447
14. La coordinación sociosanitaria en Atención Gerontogeriátrica en el Ayuntamiento de Madrid. Pilar Serrano Garijo y M ^a Cruz de Tena-Dávila Mata	447
14.1. Introducción	448
14.2. Coordinación	448
14.1.2. Generalidades	449
14.2.2. Coordinación sociosanitaria en el Ayuntamiento de Madrid.....	455
14.3. Valoración multidimensional.....	456
14.3.1. Herramientas de valoración	457
14.3.2. Perfiles y protocolos de actuación.....	458
14.3.3. Servicios de ayuda a domicilio con auxiliar de hogar	465
14.4. Comentarios finales	465
Bibliografía citada	467
15. La atención primaria socio-sanitaria en Sabadell. Rosa Graells i Domingo.....	467
15.1. Fundamentos teóricos	468
15.2. Antecedentes.....	468
15.3. La atención integrada.....	469
15.4. ¿De qué hablamos cuando hablamos de atención socio-sanitaria?	472
15.5. Organización, dirección y gestión	472
15.6. Valoración del modelo.....	475
16. Medidas orgánicas y funcionales para la coordinación estructural de los servicios sociales y otras ramas (con especial referencia a la sanitaria). Fernando Fantova	475
16.1. Introducción	476
16.2. Necesidades sociales y respuestas desde los sistemas o las ramas del bienestar	477
16.3. Servicios sanitarios y servicios sociales	480
	481

	<u>Págs.</u>
16.4. Prestaciones y actividades en los servicios sociales y sanitarios	483
16.5. Contexto de aparición y desarrollo de la preocupación sociosanitaria	484
16.6. Aproximándonos a la cuestión sociosanitaria	486
16.7. Fórmulas y experiencias de coordinación o integración sociosanitaria	487
16.8. La cuestión de la tercera (o nueva) rama (interpuesta)	489
16.9. La coordinación o integración estructural	490
16.10. Conclusión	495
Bibliografía.....	
NOTAS BIOGRÁFICAS DE LOS AUTORES	

INTRODUCCIÓN

El presente *Informe pro Perfeccionamiento de los servicios sociales* apunta a dicho objetivo en dos vertientes principales: la sustantiva y la institucional-organizativa. Se pretende contribuir, por una parte, a **mejorar el cuadro de prestaciones individuales y actividades colectivas propias de los servicios sociales**. Como se verá, esta rama de la intervención y la política social está llamada a la ampliación de su oferta y a la racionalización de sus métodos de acción a favor de sus destinatarios. Utilizamos aquí el término «destinatarios» en razón de que el objetivo indicado lo postulamos para la faceta sustantiva de los servicios sociales, que concierne tanto a los sectores privados como al público. Por otra parte, se muestran los que consideramos principales caminos conducentes al **desarrollo racional de las estructuras de producción y distribución de los servicios sociales, así como de su institucionalización en el sector público**. La pertinencia de este propósito viene dada sobre todo por ciertos déficit, que serán diagnosticados, en la administración técnica y en la posibilidad y seguridad jurídica de acceso de los ciudadanos a la oferta de los servicios sociales. Hablamos ahora de ciudadanos porque esta última faceta del *Informe* se refiere básicamente a la acción pública.

Este *Informe* quiere resembrar el cultivo que se hiciera, hace algo más de diez años, mediante el capítulo 11 del *V Informe sociológico sobre la situación social de España*, de la Fundación FOESSA (Madrid, 1994). Para ello, el Seminario de Intervención y Políticas Sociales (SIPOSO) contaba con la base de trabajos que viene promoviendo desde hace dos años. A partir de enero de 2005, inicia su actividad el Grupo de Estudio sobre Situación de los Servicios Sociales y Propuestas de Futuro. El núcleo promotor estuvo integrado por Carmen Alemán, Demetrio Casado, Fernando Fantova, Encarna Guillén, Jesús Prieto de Pedro y José Félix Sanz. Hicieron también aportaciones escritas y/o presentaron ponencias José María Alonso Seco, Manuel Aznar López, Carlos Egea, Borja Jordán de Urries, Ramón de Marcos, Cristina Rimbau, Gregorio Rodríguez Cabrero, Alicia Sarabia, Helena Sotelo y Antoni Vilà. Los trabajos de dicho Grupo fueron germen

de las IV Jornadas del SIPOSO, celebradas en noviembre de 2005 y en Madrid, con apoyo de la Obra Social Caja Madrid. Versaron sobre el «Perfeccionamiento de los servicios sociales en relación con la dependencia». Presentaron ponencias en esa ocasión, además de varios de los partícipes en los trabajos del Grupo, Dolors Colom, Rosa Graells, Antonio Gutiérrez Resa, Pilar Rodríguez Rodríguez, Miguel V. Segarra y Pilar Serrano Garijo.

Por el primer antecedente citado, el SIPOSO buscó el patrocinio de la Fundación FOESSA para la elaboración de este *Informe* y para su publicación. Y esperamos que en la fase de comunicación institucional y social continúe esta colaboración. La misma ha dado lugar, por lo demás, a la participación más que institucional de Víctor Renes, de los servicios técnicos de FOESSA.

En cualquier campo de la acción humana, son siempre oportunas las revisiones y las propuestas de mejora. Pero ciertas circunstancias emergentes las demandan de modo especial. La novedad que hace muy oportuno este *Informe* es la aprobación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. De las varias opciones de acción posibles para procurar los objetivos que enuncia su título, esta norma ha optado de modo muy preferente por las propias de los servicios sociales. Ello va a suponer un impacto positivo muy importante en la capacidad protectora de dicha rama, así como ciertos problemas de ajuste en la organización de la misma. De todos modos, los servicios sociales y, por lo tanto, este *Informe* no se reducen a los objetos de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

Los coordinadores del presente documento han provisto, mediante varios modos de relación con los otros autores, al diseño de la estructura temática de aquél y a la integración en ella de los diferentes trabajos. La gestión de la misma se llevó a cabo con cierta tolerancia a las incursiones en terrenos vecinos, que dan lugar a ciertas repeticiones. Por otra parte, en lo que se refiere a la elección y valoración de hechos y a las propuestas sobre los mismos, como no podía ser de otro modo, se ha trabajado en régimen de libertad intelectual; de la misma se derivan eventuales divergencias. El texto que sigue es una síntesis autónoma –no un extracto– de criterios y propuestas que propone el SIPOSO a partir del gran fondo empírico, técnico y político-social que forman los trabajos de autores individuales contenidos en este documento. Por supuesto, no se abarca todo el *Informe*, de modo que no cabe suplir la lectura del mismo mediante el siguiente trabajo.

El cuidado de la edición del original de este *Informe* fue realizado de modo competente y esmerado por Elvira Villalobos, en el lado del SIPOSO. La gestión editorial contó con la experiencia y el celo de María Victoria Aparicio, de Cáritas Española. Conste también que todo el proceso de trabajo del SIPOSO contó con el eficaz apoyo organizativo de Polibea.

Madrid, enero de 2007
Seminario de Intervención y Políticas Sociales (SIPOSO)
siposo@polibea.com

SÍNTESIS DE CRITERIOS Y PROPUESTAS PARA EL PERFECCIONAMIENTO DE LOS SERVICIOS SOCIALES EN ESPAÑA

El Seminario de Intervención y Políticas Sociales (SIPOSO), con ocasión de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, que toma como medio principal de acción los servicios sociales, manifiesta los criterios y propuestas que siguen.

A) AFIRMACIÓN DE LA RAMA DE LOS SERVICIOS SOCIALES

Se adopta el criterio general de que conviene avanzar en la configuración racional de la rama de los servicios sociales y en su consolidación. Consideramos los servicios sociales mera herramienta, así que no les reconocemos valor por sí mismos. De este modo, si les hacemos objeto de nuestras preocupaciones es por creer que, como ocurre con otras herramientas vecinas –la sanitaria o la educativa, por ejemplo–, no es posible lograr eficacia y calidad en la función si no se cuenta con un órgano o instrumento diseñado y rediseñado con racionalidad y construido con sentido de permanencia. Los líderes de la intervención y de las políticas sociales publicitan y enfatizan con frecuencia la presunta novedad de tales o cuales objetivos, programas, métodos y aun técnicas. Pero la continuidad y el avance de la acción pro bienestar se sustenta en las estructuras permanentes del conocimiento y la acción. En este sentido entendemos que los servicios sociales deben adquirir un fondo autónomo de fines, de métodos, de organización, de regulación jurídica; están llamados a asentarse en el conocimiento, de modo que se mantengan a cubierto de posibles oportunismos de inspiración mercadotécnica por parte de empresas de servicios, organizaciones voluntarias e instancias políticas. Necesitan, pues, cimentarse en la ciencia social aplicada y en la técnica profesional. Y entendemos también que esta labor es propia de los profesionales interesados en el conocimiento y de los estudiosos comprometidos con la acción. Tales son los mimbres con los que se ha tejido este *Informe*.

Delimitamos el objeto de nuestro interés en estos términos: **la rama de actividades denominadas servicios sociales tiene como objetivo general mediato el bienestar individual y social, para el presente y para el futuro, que procura sobre todo mediante la ayuda personal polivalente, al servicio de la cual provee prestaciones individuales y otras actividades, ambas de carácter técnico (no monetarias desvinculadas), formalizadas en algún grado y producidas y dispensadas mediante diversos regímenes institucionales.** Concebimos, pues, los servicios sociales como un bloque de recursos vertical abierto a las demandas de toda la población; ello significa, por otra parte, que liberamos a los colectivos desfavorecidos de la dependencia exclusiva de esta rama para el bienestar de sus individuos.

B) CRITERIO GENERAL: RACIONALIZACIÓN EN PRO DEL BUEN SERVICIO

Aun cuando no se formuló de modo explícito, por ser obligado en toda iniciativa de mejora social, el criterio general que guió el proceso de trabajo que aflora mediante este *Informe* es el de **racionalización técnica y económica**. No postulamos la expansión incondicionada de los servicios sociales, sino su adecuación a la demanda mediante criterios de buen servicio.

Contamos con pruebas, tan visibles como las listas de espera en el sector público, que reclaman la ampliación de su oferta, pero postulamos que la misma se oriente de acuerdo con criterios racionales. Esta proposición es particularmente relevante para nuestras circunstancias. Se viene produciendo un crecimiento fuerte de la rama de los servicios sociales, según muestran –a falta de información específica– las estadísticas generales de empleo. Pero, al menos para ciertas áreas de acción, ese crecimiento no se concentra en los puntos de la oferta que más convienen desde el punto de vista de la racionalidad asistencial, sino en los más visibles o atractivos, esto para el caso del sector privado mercantil. Desde el punto de vista de la misión de los servicios sociales, es una función clave el diagnóstico de las situaciones y la orientación fundada de los tratamientos de las mismas. Pues bien, la red de equipos con que cuentan los servicios sociales que habrían de realizar esta labor en el área de la discapacidad se dedican sólo, salvo excepciones afortunadas, al reconocimiento administrativo de la discapacidad; ello viene motivado por la demanda presionante del mismo para acceder a prestaciones monetarias y beneficios fiscales –ajenos a los servicios sociales, por cierto–. Una parte importante del crecimiento de la rama se debe a la expansión de las residencias para personas de edad avanzada. En cambio, la buena práctica en esta área, que coincide con los deseos de los afectados, aconseja concentrar el esfuerzo en la ampliación de las prestaciones para la permanencia en el domicilio.

c) CONVERGENCIA EUROPEA

Abogamos por que el desarrollo de la rama de los servicios sociales en España se produzca, en términos generales, en armonía con el «modelo social europeo». Por no tener competencia en la rama de los servicios sociales en cuanto tal, no cabe encontrar un diseño de la misma en la normativa de las Comunidades Europeas y de la Unión Europea; ni cabe construirlo a partir de sus eventuales programas sociales de acción, en general de carácter transversal y destinados a colectivos desfavorecidos. En defecto de ello, este *Informe* cuenta con un amplio análisis de la normativa y la práctica de los principales países europeos en el campo de la rama de los servicios sociales, así como con datos empíricos sobre su situación reciente. Las tendencias detectadas servirán de referencia a una buena parte de las propuestas que se hacen más adelante.

d) AFRONTAMOS CRÍTICAMENTE LA HISTORIA

Entendemos que conviene al fortalecimiento de la rama afrontar su historia, tanto en el plano material como en el simbólico. Esto supone aprovechar los logros y las buenas ideas frustradas, así como superar los fallos, los déficit y los desfases. Al servicio de este criterio, el presente *Informe* provee al examen de la historia de los servicios sociales, bien que sólo a partir de la Ilustración.

Hasta mediados del siglo XX, los servicios sociales carecieron de identidad y no fueron objeto de una gestión diferenciada. Pero la protección social inspirada en la caridad mutualista y altruista, así como la encauzada y guiada por las normas jurídicas de Beneficencia, contenían prestaciones propias o antecedentes de los que hoy llamamos «servicios sociales». La producción y dispensación de tales prestaciones se realizaba en combinación o mezcla con las sanitarias, las económicas y las educativas. Ello propicia que la mirada histórica focalice principalmente el conjunto de aquella protección social con descuido de las ramas de actividades mediante las que se realizaba. En el proceso de construcción de la intervención y las políticas sociales pretéritas encontramos objetivos, enfoques, prestaciones y formas institucionales superadas por los criterios, las demandas y las posibilidades actuales. Pero no faltan intentos y logros felices que merecen aprecio y aun seguimiento, como estos: 1) incorporación de objetivos de habilitación y rehabilitación, especialmente en las acciones de asistencia a menores; 2) promoción del enfoque comunitario, sobre todo mediante el desarrollo de la asistencia domiciliaria; 3) adopción, en la reglamentación de la Beneficencia, de técnicas jurídicas para establecer obligaciones determinadas a los poderes públicos; 4) desarrollo de una red de cobertura general, mediante la municipalización establecida por la Ley de Beneficencia de 1822, y corrección del municipalismo simple mediante la siguiente Ley de Beneficencia de 1849.

En 1957, Cáritas Española inicia una línea de acción que incluye instrumentos a los que denomina «servicios sociales». La Ley de Bases de la Seguridad So-

cial de 1963 introduce en la previsión social española, con carácter complementario de las prestaciones básicas, los servicios sociales. Ambas iniciativas suponen una aproximación al campo material de la rama de los servicios sociales actual, a la vez que potencian el objetivo de habilitación y rehabilitación, así como el enfoque del desarrollo personal, de plena vigencia. En el orden institucional, la innovación de Cáritas adolecía de la limitación inherente a su carácter privado; el régimen discrecional de los servicios sociales de la Seguridad Social les privaba de la eficacia político-social que confiere a las prestaciones básicas su regulación como derechos subjetivos.

La configuración de los servicios sociales como una rama técnica especializada de actividades pro bienestar dio un paso de gigante mediante las leyes de acción social y/o servicios sociales de las Comunidades Autónomas, cuyas primeras versiones se aprobaron entre 1982 y 1992. En el orden político-social, estas leyes asumen posiciones avanzadas, tanto en el orden de los objetivos como en el de los enfoques, en el organizativo y en el jurídico-institucional. Pero fallaron –y fallan, las vigentes– en el aseguramiento de la eficacia de sus disposiciones; en el aspecto jurídico-institucional, esto supone que no se garantizaron los derechos proclamados.

E) PISTAS DE LA LEGISLACIÓN RECIENTE

Acercándonos a la actualidad, con vistas al perfeccionamiento de los servicios sociales, **recomendamos prestar atención especial a los cambios adoptados mediante las segundas leyes de servicios sociales**, en cuanto que las mismas pudieron servirse como guía de la aplicación de sus precedentes. He aquí algunas aportaciones que consideramos interesantes:

- Se registra un modesto debut de la aplicación del enfoque universalista en las segundas leyes de Madrid y La Rioja, que lo establecen para ciertas prestaciones de bajo coste de la atención primaria.
- Todas las segundas leyes siguen la pauta de estructurar la oferta en dos niveles organizativos. Como sólo la primera vasca hacía excepción a esta pauta, la misma queda generalizada. En cuanto al contenido de esos niveles, cabe señalar que la Ley de Madrid pasa la atención domiciliaria del primero al segundo; así se concentran en éste las prestaciones para las situaciones de dependencia, lo que puede favorecer la continuidad de cuidados.
- La Ley gallega, primera entre las segundas, corrige el inicial estatismo de su precedente abriéndose a la acción privada. La Ley vasca opta por la fórmula, que nos parece adecuada, de incluir en el sistema público, según su dicción, las acciones mediante recursos de esa titularidad más las realizadas a través de conciertos por proveedores privados.
- La Ley asturiana prevé la garantía del acceso a ciertas prestaciones en régimen de derecho subjetivo; pero ha transcurrido el plazo previsto

- para hacer efectiva tal previsión sin cumplimiento.
- La Ley del Principado de Asturias crea las áreas de servicios sociales como instrumento de desconcentración y aproximación a los usuarios de la gestión competencia del gobierno regional.

F) IMPACTO DE LA LEY 39/2006

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia realizará su acción prácticamente en exclusiva mediante los servicios sociales. Esta opción es muy arriesgada desde el punto de vista de las competencias jurídicas por estas dos circunstancias: la Ley regula una intervención sustantiva del Estado central; las Comunidades Autónomas han venido a tener una posición rotundamente hegemónica en servicios sociales. La vía jurídica de acceso elegida para esa intervención central no ha sido la competencia del Estado central en la legislación básica y el régimen económico de la Seguridad Social –incluidos sus servicios sociales–, sino en la regulación de las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de todos sus derechos. Pese a las limitaciones que esta opción entraña, la Ley para las situaciones de dependencia funcional trae a los servicios sociales efectos positivos tan importantes como los siguientes, entre otros de menor importancia o seguridad y de los pendientes del desarrollo y aplicación de la norma:

- **Potenciación del objetivo de la asistencia supletoria**, sin perjuicio de los otros.
- **Institucionalización del principio de universalidad para la protección de las situaciones de dependencia funcional**, también para todo el territorio nacional.
- **Opción preferencial por las prestaciones técnicas –servicios, en la terminología de la Ley– frente a las prestaciones monetarias para la protección de la dependencia funcional.**
- **Establecimiento legal de un elenco de prestaciones técnicas y monetarias**, igualmente para todo el territorio nacional.
- **Establecimiento legal de la prescripción técnica personalizada –programa individual de atención– en el proceso administrativo de acceso a las prestaciones.**
- Implantación, en todas las Comunidades Autónomas, de una nueva red de órganos de valoración de las situaciones de dependencia funcional y de programación de la atención a las mismas o, alternativamente, ampliación de funciones de los existentes.
- **Inyección por la Administración General del Estado, de 2007 a 2015, de una aportación financiera nueva relativamente importante, y vinculación de otra igual –deseablemente nueva– de las Comunidades Autónomas.**
- **Institucionalización de un mínimo de protección para todo el te-**

territorio nacional garantizado mediante derecho subjetivo.

- **Regulación determinada de la cooperación entre el Estado central y las Comunidades Autónomas.**

La Ley, aparte de otros graves inconvenientes que rebasan la rama de los servicios sociales, trae algunos conflictos para la misma en su parte pública, entre los que parecen destacar estas dos contradicciones o tensiones: las mejoras sólo alcanzan a una de las áreas de acción de los servicios sociales, con el consiguiente efecto de desigualdad de protección; aun dentro del área de la dependencia funcional, sólo se beneficiarán de los avances derivados de la Ley las situaciones que sean objeto de reconocimiento administrativo.

G) CONTRASTE DE DIAGNÓSTICOS Y PRESCRIPCIONES

Se adopta el criterio de que **la reforma de los servicios sociales debe orientarse, no sólo mediante el análisis de su desarrollo institucional y técnico –reseñado antes–, sino también por el resultado de la discusión y el contraste de los diagnósticos y prescripciones de cambio recientes.** La amplia exploración y el análisis de estudios e iniciativas prácticas concernientes, de modo indirecto o directo, a los servicios sociales, realizados para este *Informe* nos han proporcionado inspiración y apoyos para algunas de las propuestas de mejora que se ofrecen más adelante y, antes que eso, nos han permitido hacer un diagnóstico general de nuestra coyuntura, del que seleccionamos estos rasgos:

- Se están produciendo fenómenos que incrementan las demandas a los servicios sociales –bien que no sólo a ellos–, como el envejecimiento de la población, la inmigración, las pobrezas, cambios en los modelos familiares, la violencia contra las mujeres y urbana, la conciliación de la vida laboral y familiar, las nuevas precariedades y vulnerabilidades provocadas por la globalización económica y la flexibilización del mercado laboral.
- El sector público da muestras de no poder soportar la cantidad de necesidades a las que debe dar respuesta, en un contexto de incumplimiento grave y reiterado de las promesas y programas políticos en relación con los servicios sociales, en especial con sectores sociales menos visibles o capaces de hacer oír su voz.
- Además de las segundas leyes de servicios sociales ya aprobadas, están en preparación otras varias. Desde instancias privadas se vienen formulando también propuestas de cambio para los servicios sociales. Finalmente, la aplicación de la Ley para las situaciones de dependencia suscitará cambios y ajustes en las estructuras de los servicios sociales públicos y en la oferta privada, así como en sus relaciones.

H) VALORACIÓN RESPONSABLE DE LOS OBJETIVOS

Optamos por reconocer la condición de permanentes a los objetivos inmediatos viejos y nuevos de los servicios sociales: asistencia supletoria, habilitación y rehabilitación, prevención y accesibilidad. Todos ellos compartidos con otras ramas de actividades de bienestar. La Ley para las situaciones de dependencia ha puesto en evidencia las posturas antiasistencialistas en servicios sociales, las cuales parecían confundir las malas prácticas en la asistencia supletoria con la idea de la misma, pertinente en cualquier de clase de dependencia funcional humana, no sólo las abarcadas por la citada Ley.

I) ENFOQUES METODOLÓGICOS PRINCIPALES

Optamos por priorizar estos cuatro enfoques metodológicos, en el sentido amplio de este término: universalismo e igualdad, comunitarismo, desarrollo personal y proactividad. Somos conscientes de que son muchos más los principios o criterios de acción pertinentes en la acción de los servicios sociales, especialmente en su sección pública. Pero advertimos un fenómeno de banalización con al menos estas dos manifestaciones: proliferación de principios generales y creciente divorcio entre los que se declaran y los que se aplican. Por ello, entendimos conveniente concentrar la atención en una selección de los aparentemente más relevantes para el cambio que se postula.

Proponemos un ámbito subjetivo universal efectivo para los servicios sociales públicos, con respuestas a toda clase de demandas propias de la rama y con igualdad de protección para iguales circunstancias técnicas. Esto significa que debe superarse el racionamiento de la oferta y su gestión mediante baremos selectivos en función de niveles de renta, lo cual excluye de los mismos a la población de rentas superiores y medias, con el consiguiente efecto de discriminación y deslegitimación. Debe superarse igualmente la discrecionalidad administrativa. El universalismo igualitario no es incompatible con la consideración de los niveles de renta en la graduación del copago, para las prestaciones públicas en las que el mismo sea oportuno. Tampoco es incompatible el universalismo igualitario con programas selectivos para situaciones de especial necesidad o riesgo.

Postulamos el enfoque comunitario de los servicios sociales y la proximidad física de los mismos a los usuarios y/o a sus familias, sin reducir este objetivo al nivel de atención primaria y sin confundirlo, para el sector público, con la descentralización municipal. Contamos con pruebas de larga data y hartamente concluyentes sobre los efectos negativos de las residencias colectivas de estancia continuada: dificultad para la autonomía de decisión del usuario; enrarecimiento y aun interrupción de las relaciones familiares, amistosas y otras sociales; incremento de la morbilidad y de la mortalidad; costes económicos elevados. A causa de todo ello, aparte de iniciativas ya lejanas en el tiempo, se vienen postulando y aplicando en países de nuestro entorno europeo medidas de comunitarización asistencial, las cuales gozan igualmente del aprecio de

los expertos más conspicuos de nuestro país. Se trata, primero, de evitar en lo posible el régimen de residencia colectiva continuada mediante la provisión de apoyos para la permanencia en el hogar de personas en situación de dependencia funcional. Por otra parte, los establecimientos residenciales deben ser o estar estructurados en unidades de pequeño tamaño, de modo que resulte posible la personalización de los cuidados; y su régimen de funcionamiento debe facilitar y fomentar las relaciones entre los asistidos y sus familiares y amigos, así como la participación de aquellos en la vida local o de barrio.

Propugnamos que los servicios sociales tengan como referencia el ideal de desarrollo personal de sus usuarios. La dignidad humana de los mismos exige mirar, no sólo al mantenimiento, sino también a la actualización de sus potencialidades. El enfoque del desarrollo personal es, por otra parte, conveniente para rentabilizar los recursos que consumen los servicios sociales. Este enfoque supone dos condiciones: concepción abierta de las posibilidades y aspiraciones de los usuarios, y técnicas de trabajo adecuadas.

Abogamos por la proactividad en función sobre todo del objetivo de prevención y para evitar la desatención absoluta o temporal, así como para posibilitar la continuidad y simultaneidad de cuidados.

J) DESARROLLO RACIONAL DE LA OFERTA

Consideramos que debe prestarse especial atención a la mejora de los servicios sociales en la realización de las siguientes actividades: 1) prospección de la demanda y difusión de la oferta, 2) promoción de apoyos familiares y otros sociales, 3) atención de incidencias y emergencias, 4) diagnóstico, programación y gestión de casos, 5) apoyos a las familias, 5) ampliación de las prestaciones de desarrollo personal, 6) tratamientos de atención temprana, 7) atención a la dependencia funcional. Faltan en esta selección actividades no menos importantes que las incluidas, en unos casos por parecernos que están bien atendidas; en otros, por no estar en condiciones de ofrecer propuestas fundadas. Estas son las circunstancias, en versión muy resumida, que avalan nuestra selección:

- La prospección de la demanda y la difusión de la oferta vienen exigidas por los enfoques universalista y proactivo.
- La promoción de apoyos familiares y otros sociales es propia del enfoque comunitario.
- La atención de incidencias y emergencias, además de ser inexcusable en cualquier rama de servicios madura, resulta indicada porque, entre otros destinatarios, facilita la permanencia en los domicilios particulares –incluso cuando éste fuera la calle– de personas vulnerables o afectas de dependencia funcional.
- El diagnóstico y la programación y la gestión de casos son técnicas inexcusables en toda acción racional.

- Los apoyos a las familias, aparte de sus funciones directas, resultan convenientes para el enfoque comunitario en cuanto que contribuyen a corregir deficiencias y a desarrollar capacidades del principal recurso de bienestar dado, la estructura social.
- La ampliación de las prestaciones de desarrollo personal viene indicada por el enfoque que apunta en esa misma dirección.
- Los tratamientos de atención temprana para niños nacidos con deficiencias o riesgo de las mismas deben ser objeto de la máxima atención de los servicios sociales en razón de la gravedad de las situaciones sobre las que actúan y por su probada eficacia preventiva o lenitiva. De este modo, en virtud del enfoque universalista, mientras no sean provistos por otras ramas de actividades satisfactoriamente, abogamos por que los servicios sociales aseguren la cobertura de la demanda.

La atención a la dependencia funcional es importante por la gravedad y extensión de esa contingencia. El enfoque universalista entraña la necesidad de superar las actuales insuficiencias de cobertura. Por otra parte, es necesario racionalizar la estructura de la oferta de acuerdo con el enfoque comunitario.

K) HACIA UNA CARTERA DE PRESTACIONES

Proponemos que se realice un esfuerzo adecuado para lograr la catalogación cabal de los recursos de la rama de los servicios sociales. Como en cualquier clase de actividades, la buena gestión de los servicios sociales exige la identificación normalizada de los medios que maneja, muy especialmente los que dispensa a los usuarios, es decir, las prestaciones. Ese conocimiento, por lo demás, es necesario en el sector público para establecer de modo determinado los derechos de los ciudadanos, especialmente cuando se opta por un régimen con garantía jurídica. La Ley para las situaciones de dependencia funcional muestra muy claramente nuestra deficitaria situación en punto a catalogación de recursos de los servicios sociales. La misma ha establecido un «catálogo de servicios» que no pasa de ser una relación de medios por los que se dispensan muy diversas prestaciones, cuya concreción no aparece en la Ley, que tampoco contiene mandato alguno para que se alcance la misma. En el orden positivo, merece ser mencionada y tomada como base para los trabajos que proponemos la catalogación de recursos realizada en el entorno técnico y administrativo del Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales en Corporaciones Locales. Por otra parte, puede servir de muestra y guía para la catalogación la establecida por el Sistema Nacional de Salud.

L) ORGANIZACIÓN TÉCNICA CENTRADA EN LOS CIUDADANOS Y USUARIOS

Se adopta el criterio de que la organización técnica debe estar en función del bienestar de los ciudadanos y usuarios y no de las convenien-

cias de los agentes proveedores de prestaciones de los servicios sociales.

Bajando un escalón, esto significa que los diseños de las estructuras organizativas deben guiarse por los objetivos y los enfoques de los servicios sociales, antes propuestos. En tal sentido y en relación a los niveles primario y especializado, que es la estructura principal de la organización técnica configurada por la legislación, y que asumimos con el significado estratégico que se le da en su fuente –el pensamiento sanitario internacional–, proponemos lo que sigue:

- **La atención primaria pública no debe configurarse a la medida –ciertamente corta en muchos casos– de la capacidad económica y técnica y/o de la voluntad política de los Ayuntamientos, sino que debe diseñarse siguiendo el criterio de que cubra el máximo posible de demandas, como exige el enfoque comunitario.** De este modo y en relación con la protección de la dependencia funcional –cometido de obvia importancia de los servicios sociales–, no tiene sentido limitar las prestaciones del nivel primario a la teleasistencia y la ayuda a domicilio, siendo que los centros de día y una buena parte de los recursos residenciales deben estar vinculados a los entornos familiar y local. Para hacer posible esta propuesta debe abandonarse la pauta de dividir con carácter general las competencias entre Comunidades Autónomas y los Ayuntamientos por niveles completos. Por el contrario, esa división debe hacerse en función del buen servicio teniendo en cuenta las muy dispares capacidades financieras y técnicas de los Municipios. Para que todos los Ayuntamientos puedan jugar un papel fuerte en la acción pública relativa a los servicios sociales, como ocurre en buena parte de los países europeos que tomamos como referencia, habría de llevarse a cabo previamente la concentración de municipios y el aseguramiento financiero que los mismos hicieron.
- El enfoque comunitario implica el acceso cómodo y económico para el caso de las prestaciones de servicios sociales propias –hablando técnicamente– del nivel primario que requieran el desplazamiento del usuario: entrevistas de consulta o consejo, tratamientos rehabilitadores circunstanciales, utilización continuada de centros de día, etc. En función de dicha accesibilidad, salvo los recursos que se desplazan al domicilio del usuario, **la atención primaria exige la desconcentración territorial de los equipos humanos y físicos.** Hablamos de desconcentración y no de descentralización política espacial, porque la aproximación de los servicios sociales al usuario no requiere inexcusablemente la municipalización para el sector público –según muestra la red de centros de salud–, ni la municipalización garantiza por sí misma la proximidad en los municipios grandes y aun medios.
- La atención especializada no debe confundirse con la oferta de recursos que, por mala práctica o por intereses comerciales, se ubican lejos de los entornos comunitarios o siguen regímenes de aislamiento de los mismos. Por otra parte, **el nivel de la atención especializada no**

debe absorber el grueso de la demanda que plantean las clases sociales de usuarios con alguna circunstancia especial (problemas familiares, infancia, discapacidad, etc.), sino que debe seguir un criterio minimalista o subsidiario respecto a la atención primaria.

El nivel especializado debe reservarse para ciertas técnicas sofisticadas, como la atención temprana de niños afectados de deficiencias y de riesgos de las mismas o la rehabilitación postmédica para afectados de daño cerebral; además, el nivel especializado debe integrar prestaciones para la atención de usuarios con circunstancias especiales, como el desconocimiento de las lenguas de uso en la atención primaria; conviene también el nivel especializado para procurar seguridad a usuarios amenazados, o por requerimientos terapéuticos, como en la recuperación de toxicomanías.

- **La organización técnica de los servicios sociales en su conjunto debe configurarse de modo que resulten fáciles las derivaciones intra e interniveles, sobre todo en los casos que requieren continuidad de atención.**
- Sin perjuicio de las estructuras político-administrativas de coordinación, en las Comunidades Autónomas que mantengan el actual régimen de competencias compartidas con las Corporaciones Locales, cualquiera que sea la división de las mismas, **deben proveerse órganos técnicos permanentes con capacidad para resolver de modo inmediato los casos de lagunas y duplicaciones en la acción protectora de los servicios sociales.**

LL) RECOMENDACIONES PARA LA GESTIÓN

Para que sea efectiva la prioridad propuesta para la atención primaria es inexcusable que la gestión de los servicios sociales provea los recursos humanos, técnicos y materiales necesarios para el desarrollo sostenido de dicho nivel en el sector público. Sólo así se logrará concentrar en el mismo la demanda efectiva de prestaciones de servicios sociales, evitado su derivación hacia recursos privados o públicos segregados y/o segregadores de las comunidades.

La gestión de los servicios sociales debe neutralizar el riesgo de que la presión de las demandas individuales posterguen las acciones de impacto colectivo. Por lo demás, esta clase de acciones debe realizarse siguiendo el enfoque del universalismo y la igualdad, procurando alcanzar a las periferias sociales. Dicho en términos concretos, además de la colaboración con asociaciones, empresas y otras corporaciones incidentes en el centro social, los servicios sociales deben realizar mediante iniciativas y recursos propios programas de animación y organización social para minorías periféricas.

La propuesta, formulada anteriormente, en pro del enfoque proactivo en la oferta de los servicios sociales públicos entraña la **conveniencia de que el nivel primario de los servicios sociales: 1) provea a la localización de situaciones**

acreedoras de su intervención, y 2) disponga de profesionales de referencia y/o gestores de casos, tanto para el encauzamiento de los nuevos, como para asegurar la continuidad de atención de todos los que lo requieran.

La rama de los servicios sociales debe fortalecer y mejorar los instrumentos generales de la racionalización técnica y económica: gestión del conocimiento, planificación y evaluación, administración de recursos humanos, desarrollo de las opciones de gestión. A tal efecto recomendamos, entre otras medidas, estas:

- Diseño y desarrollo de un **sistema de información nacional, interterritorial e interinstitucional**.
- Integración en **planes de servicios sociales** de las previsiones de acción concernientes a los mismos dispersas en las planificaciones de áreas al uso: infancia, discapacidad, mayores, etc.
- Diseño y desarrollo de un **sistema de formación nacional, interterritorial e interinstitucional**. En virtud de la estructura técnica de los servicios sociales, la capacitación y gestión de los recursos humanos es de importancia primordial. Y debe asumirse que la capacitación para ciertas especialidades de gestión, como la de coordinación o la de gerencia de casos, deben ser provistas contando como referencias con los modelos organizativos y de gestión deseados.
- **Supresión de trabas para la acción privada y control de calidad de la misma**, buscando sinergias, tanto para la gestión de servicios de responsabilidad pública como para iniciativas fuera de ese ámbito, imprescindibles para el dinamismo y la innovación en la rama de los servicios sociales.

M) SOBRE FINANCIACIÓN

Es preciso proveer una financiación pública de los servicios sociales suficiente y segura para hacer posible la garantía de una cartera de prestaciones determinada y de acceso universal e igualitario. El universalismo y la igualdad resultan exigibles para evitar el clasismo y la estigmatización que se derivan de la oferta racionada y de acceso selectivo en función de factores socioeconómicos –en lo que se prolonga hoy el régimen de Beneficencia–. La financiación actual no parece suficiente para alcanzar esa meta, si nos atenemos a indicios como las listas de espera para acceder a ciertos servicios públicos, así como por el éxito de la oferta mercantil de algunas prestaciones –para situaciones de dependencia, sobre todo–.

La insuficiencia financiera de la oferta pública de los servicios sociales resultará aliviada mediante políticas de racionalización técnica, como la priorización de la acción preventiva o la potenciación de las prestaciones de apoyo a la permanencia en el domicilio frente a las de asilamiento. También pueden obtener alivio financiero los poderes públicos por la generalización del copago de los

usuarios, que propugnamos con estas condiciones: 1) aplicación del aporte de los usuarios a los gastos de alimentación y vivienda, para las prestaciones técnicas que los lleven aparejados; 2) graduación de los aportes en función de la renta, evitando los riesgos de la inaccesibilidad y la indeseabilidad.

Sea cual fuere el balance que resulte de las medidas de racionalización y participación privada en la financiación, es inexcusable abordar el aseguramiento financiero de la protección pública mediante los servicios sociales por el establecimiento de responsabilidades políticas determinadas. En el orden jurídico, se trata de garantizar en régimen de derecho subjetivo una cartera de prestaciones de acceso universal; lo que lleva al recurso de los presupuestos ampliables. Sobre la cuestión política de quien debe soportar el esfuerzo financiero, consideramos conveniente establecer un régimen de responsabilidades coherente.

Procede tomar conciencia de que las Comunidades Autónomas, tras adquirir la competencia exclusiva en servicios sociales –salvo el régimen compartido para los de la Seguridad Social–, han incurrido en la grave incoherencia política de no asumir de modo efectivo la responsabilidad de su financiación en las cuantías y régimen jurídico exigidos por la demanda y aun por sus propias manifestaciones programáticas, especialmente en las leyes de la rama. **La sociedad civil está llamada a presionar en pro de la ecuación entre las competencias de las Comunidades Autónomas en servicios sociales y sus responsabilidades financieras.**

Procede tomar conciencia también de que el Estado central, pese a no tener más competencias en servicios sociales que las relativas a la legislación básica y el régimen económico para los de la Seguridad Social: 1) viene subvencionando los servicios sociales –entre otros– de entidades privadas no lucrativas, principalmente mediante las subvenciones con cargo a la asignación tributaria del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas; 2) viene contribuyendo regularmente, desde 1988, al desarrollo y mantenimiento de los servicios sociales de las Corporaciones Locales mediante un Plan Concertado con las Comunidades Autónomas; 3) se ha comprometido, mediante la Ley para las situaciones de dependencia, a garantizar de 2007 a 2015 una protección mínima que se realizará muy principalmente mediante prestaciones de servicios sociales. **En pro de una financiación suficiente y segura de los servicios sociales abogamos por la institucionalización jurídica de las aportaciones económicas del Estado central a los servicios sociales públicos; para la racionalización política de aquella, postulamos la atribución al mismo de competencias directas adecuadamente articuladas con las de las Comunidades Autónomas.**

N) GARANTÍA DE PROTECCIÓN Y MEJORAS JURÍDICO-ADMINISTRATIVAS

El enfoque de la universalidad con igualdad lleva implícita la **exigencia de garantizar, mediante la institución del correspondiente derecho subjetivo,**

una cierta cartera de prestaciones de los servicios sociales públicos. Sin perjuicio de la libertad de empresa que garantiza la Constitución a los agentes privados, los poderes públicos deben asegurar una protección creciente de alcance universal e igualitaria. Salvo alguna iniciativa de importancia limitada por parte de ciertas Comunidades Autónomas, la Ley para las situaciones de dependencia funcional ha instituido un núcleo estimable –a tenor de la memoria económica de la norma– de protección garantizada, que debería ser ampliado para dicha área y para otras objeto de la acción de los servicios sociales.

Para la función gestora, **abogamos por la regulación de instrumentos administrativos que, sin merma de la objetividad que debe presidir la actuación de los poderes públicos, y preservando siempre la seguridad jurídica, posibiliten una gestión ágil de los servicios sociales,** los cuales han de responder muchas veces a demandas urgentes e imprevistas. Tanto la situación de España como las tendencias en el entorno europeo abonan la conveniencia de facilitar la participación de los agentes privados en la provisión de prestaciones públicas, lo cual entraña la conveniencia de contar con instrumentos adecuados al efecto. En este sentido, sería deseable crear instrumentos pensados para las circunstancias de los servicios sociales, como son los convenios en la rama sanitaria o la concertación en la educativa.

o) ARTICULACIÓN TERRITORIAL DE RESPONSABILIDADES

La mejora institucional de los servicios sociales públicos parece exigir la reforma de la actual división de responsabilidades. Hablamos de responsabilidades y no de competencias porque adoptamos el punto de vista del bienestar de los ciudadanos, no el del apetito de poder o las conveniencias de las entidades. Con carácter general, **propugnamos abandonar la visión excluyente del régimen de competencias territoriales para avanzar en el sentido de las competencias concurrentes.** En tal sentido, la Ley 39/2006 para las situaciones de dependencia funcional trae consigo un avance importante y debería servir de pauta para otras áreas de la acción de los servicios sociales.

Debe procurarse la asunción por el Estado central de aquellas responsabilidades concernientes a los servicios sociales que convengan al interés superior de los ciudadanos, el cual debe prevalecer sobre los de las entidades políticas. La Constitución de 1978 no identificó la rama de los servicios sociales en cuanto tal y, por ende, no se dio ocasión para la reserva de competencias del Estado central de acuerdo con un criterio propio de la rama; las relativas a los servicios sociales de la Seguridad Social fueron efecto del criterio adoptado para dicho sistema institucional. El carácter exclusivo de la competencia tomada por las Comunidades Autónomas en servicios sociales: 1) dificulta la realización de acciones que requieren un ámbito territorial mayor, como las relativas a la acogida de inmigrantes clandestinos; 2) precariza la protección pública de los ciudadanos para los casos en que los mismos abandonan su residencia habitual en una determinada Comunidad Autónoma; 3) imposibilita el asegura-

miento de la igualdad de protección. Mediante la Ley para situaciones de dependencia funcional podrán salvarse los dos últimos inconvenientes mencionados, bien que sólo para la contingencia citada y para un nivel mínimo de protección. Para superar plenamente los problemas enumerados resulta necesario afrontar el reajuste de la ordenación competencial relativa a la rama. Al efecto, no debe descartarse la reforma constitucional, cuando se presente ocasión para ello. Aun sin producirse ese cambio, proponemos la promulgación de una Ley nacional básica de servicios sociales, fundada jurídicamente en la competencia del Estado central en la garantía de la igualdad (art. 149.1.1º) y en la legislación básica y el régimen económico de la Seguridad Social (art. 149.1.17º).

La asignación de competencias a los Ayuntamientos no debe seguir una pauta uniforme, sino acomodarse a la capacidad técnica y financiera de los mismos para prestar un buen servicio de modo seguro. La aproximación de los servicios sociales a los usuarios parece aconsejar la descentralización competencial de aquellos tendente a la máxima municipalización, pero éste régimen instrumental debe supeditarse a los principios superiores, sobre todo el de viabilidad y el de igualdad. Por otra parte, la aproximación física y social de los servicios a los ciudadanos, no es una cuestión de competencias jurídicas, sino de organización técnica. En el entorno europeo se registra la tendencia a la descentralización municipal de los servicios sociales, la cual se practica mediante condiciones que salvaguardan dichos principios. Para lograr la viabilidad de la municipalización de los servicios sociales, en varios países europeos se llevaron a cabo concentraciones municipales que suprimieron los de pequeño tamaño. Por otra parte, viene siendo preocupación clave en tales países evitar o controlar los desequilibrios territoriales que podrían darse en caso de quedar este ámbito de atención bajo la única responsabilidad de los municipios. En España se ha soslayado la deseable reforma de la estructura y la financiación municipales, y se están supliendo y camuflando sus déficits en lo relativo a los servicios sociales mediante fórmulas como las mancomunidades y el que inicialmente se llamó Plan Concertado para el Desarrollo de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales de Corporaciones Locales. Por medio de este, la Administración General del Estado viene promoviendo la generalización de ciertas prestaciones, sin asegurar en modo alguno ni garantía ni igualdad de protección.

P) COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA

Al optar por la consolidación de la rama de los servicios sociales asumimos la necesidad de proveer fórmulas que posibiliten las conexiones con otras ramas cuando el buen servicio, tanto en casos individuales como en acciones colectivas, lo exija. Incluso para las abundantes e importantes relaciones que los servicios sociales deben mantener con la acción sanitaria, descartamos la configuración de una rama mixta que, entre otros efectos indeseables, generaría nuevas necesidades de conexiones fronterizas.

La adecuada conexión de las prestaciones sanitarias y de servicios socia-

les se ve facilitada, ante todo, mediante la renuncia al purismo técnico. Se trata de tolerar que los servicios sanitarios incorporen ciertas funciones y profesionales de la ayuda personal –trabajo social sanitario, por ejemplo–; así como que los servicios sociales cuenten con las funciones y profesionales sanitarios exigidos por el buen servicio –como ocurre en muchas residencias asistidas–. Para el ámbito público, entendemos que deben denunciarse como ajenas y aun contrarias al interés de los ciudadanos las disputas entre departamentos administrativos a propósito de la distribución del mantenimiento económico de dichos enclaves, supuesto que toda la función pública se mantiene por una fuente financiera común. Además, el posible interés por depurar los costes específicos de las distintas ramas y servicios puede satisfacerse por métodos de análisis, sin necesidad de violentar la racionalidad organizativa de la protección social.

Para la situación presente, pero también para un futuro en el que hubieran mejorado los factores estructurales de la coordinación, resultan indispensables las funciones de gestión o gerencia de casos. Las actuales iniciativas dentro de una y otra rama y/o nivel deben potenciarse de modo que alcancen a las ramas sanitaria y de servicios sociales, así como a la escolar y otras. Las presumibles dificultades que encontrará esta idea deberían ser aprovechadas por la iniciativa privada.

Por economía y seguridad, la conexión sociosanitaria debe ser facilitada en todo lo que sea posible mediante soluciones estructurales, como la máxima coincidencia que resulte posible en las demarcaciones territoriales públicas de las dos ramas.

Los diseños –normas, planes, programas– del desarrollo de las ramas sanitaria y de servicios sociales, así como de su acción, debieran elaborarse en comunicación recíproca. Como se hizo parcialmente en la elaboración del *Libro Blanco* de la Ley para las situaciones de dependencia funcional, y como no se ha hecho en absoluto en la formulación del anteproyecto y proyecto de la misma.

De cara al futuro y a la vista de ciertas circunstancias y experiencias, presumimos muy deseable el intercambio y, para los casos en los que sea posible, la búsqueda de convergencia en las bases culturales comunes de ambas ramas: desde lo más profundo, como la interpretación de los hechos concernientes al bienestar, hasta lo más periférico, como la terminología de intervención, pasando por la organización y la gestión. Para que esto sea posible es necesario, desde luego, un mutuo reconocimiento y accesibilidad en el orden profesional e institucional.

Madrid, enero de 2007
Seminario de Intervención y Políticas Sociales (SIPOSO)
siposo@polibea.com

1. LA RAMA DE LOS SERVICIOS SOCIALES¹

Demetrio Casado

Director del Seminario de Intervención y Políticas Sociales

No existe consenso pleno sobre la realidad a la que debe corresponder la denominación «servicios sociales». Gloria Rubiol² identificó tres opciones: una amplia y otra estricta, más una tercera que denota con dicha locución la «actividad llevada a cabo por los profesionales asistentes sociales». Esta última concepción no tiene vigencia en nuestro entorno; la concepción amplia se utiliza con frecuencia fuera de España; la segunda es la que ha cuajado en nuestro país, principalmente mediante un largo proceso de institucionalización jurídica en el sector público. Esta exposición se refiere a los servicios sociales en su versión estrecha, que delimitaré después; ello me dará ocasión de referirme a la concepción amplia.

En la intervención organizada de los agentes privados y en las políticas públicas de objeto social se registra una tradición práctica y conceptual de base material y otra de carácter formal o institucional. La atención médico-farmacéutica, la educación de niños y jóvenes, el socorro material en la penuria y la ayuda personal en casos de desvalimiento son ramas de actividad de muy larga tradición. Su identidad, no obstante, ha quedado oscurecida en muchos casos por la relevancia social de los regímenes institucionales mediante los que se viene produciendo y distribuyendo. La llamada Caridad vino a ser una red fundamentalmente privada de protección social que desarrollaba actividades de dichas ramas a favor de me-

1 Este texto, salvo variaciones que introduzco ahora, incorpora varios anteriores. El primero de ellos fue un apunte elaborado para la Universidad de Burgos en 2004. La siguiente versión, de 2005, fue un documento de trabajo del Seminario de Intervención y Políticas Sociales; recibí observaciones a aquél de Carlos Egea y de Alicia Sarabia. También en 2005, lo reelaboré con destino al siguiente trabajo colectivo: Fernando Fantova *et al.*, *Situación y perspectivas del sistema público de servicios sociales en la Comunidad Autónoma Vasca*, Dirección de Bienestar Social del Gobierno Vasco, 2005; en esta ocasión recogí aportaciones de Fernando Fantova, Rafael López-Aróstegui y Helena Sotelo. La presente versión recoge observaciones de Encarna Guillén.

2 «Servicios sociales», en *Materiales para un glosario sobre bienestar social*, Cáritas Española y Comité Español para el Bienestar Social, 1986, multicopiado.

nores abandonados, viudas desvalidas, pobres incapaces para el trabajo, peregrinos. La Beneficencia pública fue, también, una red de protección social selectiva con prestaciones sanitarias, educativas, económicas y de ayuda personal. La acción privada y pública de objeto social actuales mantiene las ramas de actividades indicadas –más otras– con diferentes regímenes institucionales. Parece indicado, pues, tomar como base para la conceptualización de la intervención y las políticas públicas sus ramas de actividades, situando en la función de variables los regímenes institucionales. Los servicios sociales son, en esta perspectiva, una rama de actividades que se realizan mediante diferentes formas institucionales.

1.1. CONCEPTO TENTATIVO DE LOS SERVICIOS SOCIALES, ENTENDIDOS COMO RAMA DE ACTIVIDAD

La identificación y conceptualización de creaciones humanas como los servicios sociales no es una cuestión de carácter filosófico ni científico, sino meramente técnica o práctica. Pero importa mucho conseguir objetos materiales que faciliten, por un parte, el desarrollo de conocimientos aplicables y, por otro, la optimización de los recursos aplicados.

Siendo que los servicios sociales vienen siendo objeto de institucionalización pública, cabría esperar que en las normas que los regulan encontráramos su definición en términos inequívocos. Pero ocurre que dichas normas los identifican principalmente por sus fines generales: bienestar humano y social, desarrollo personal, integración social, etc., los cuales no son privativos de los servicios sociales que regula nuestra legislación, sino que los comparten con muchas funciones de objeto social (sanidad, educación, Seguridad Social, etc.) y aun con otras (desde la provisión de seguridad ciudadana hasta la promoción del crecimiento económico). En vista de ello, resulta necesario ensayar aquí una definición técnica; la que propongo toma como referencia empírica los servicios sociales que vienen configurándose principalmente en el sector público y en los últimos veinticinco años.

La observación, desde dentro y desde fuera, de las funciones y estructuras de la intervención y las políticas sociales me lleva a proponer la siguiente definición de los servicios sociales en su dimensión técnica: **la rama de actividades denominadas servicios sociales tiene como objetivo mediato el bienestar individual y social, para el presente y para el futuro, que procura sobre todo mediante la ayuda personal polivalente, al servicio de la cual provee prestaciones individuales y otras actividades, ambas de carácter técnico (no monetarias desvinculadas), formalizadas en algún grado y producidas y dispensadas mediante diversos regímenes institucionales.** Glosó seguidamente los rasgos definitorios adoptados.

1.1.1. Bienestar individual y social, para el presente y para el futuro

El bienestar individual puede ser entendido como la satisfacción de las necesidades y aspiraciones legítimas de carácter personal, las cuales incluyen: la

cobertura de los requerimientos fisiológicos (nutrición, seguridad, confort físico); la realización de los deseos y/o posibilidades de carácter sexual y emocional, incluyendo el reconocimiento social; la oportunidad de acceder a los conocimientos de interés general y específico para el desempeño cívico y profesional; la disponibilidad de oportunidades de participación social (reproducción, trabajo, intervención en los asuntos cívicos y políticos). La experiencia y aun la intuición nos advierten que un abanico tan amplio de objetivos no puede endosarse en exclusiva a una sola rama de actividades.

La noción de bienestar social puede ser entendida en varios sentidos, no excluyentes. Por una parte, el bienestar social comporta la extensión del individual. Otra acepción se refiere a la disponibilidad de medidas y recursos que previenen y corrigen la insatisfacción de las necesidades individuales. Cabe entender que el bienestar social abarca una estructuración y unas relaciones funcionales de la vida colectiva propicias para el logro espontáneo –es decir, sin el recurso a medios organizados formalmente– del bienestar individual. Y cabe considerar que el bienestar social comprende también la ausencia de desigualdades indignas y de divisiones actual o potencialmente conflictivas. Como el individual, el bienestar social no puede ser meta privativa de los servicios sociales.

Por supuesto, tanto el bienestar individual como el social pueden procurarse para su goce inmediato o promoverse para el futuro. Lo cual da ocasión tanto a intervenciones de mantenimiento, reparadoras y de integración; como a las de prevención primaria.

1.1.2. Ayuda personal polivalente

La ayuda personal de la noción expuesta es de carácter libre para sus destinatarios, de modo que no se incluyen en la misma las actividades correccionales, represivas o de contención de signo social que se realizaron y en algún caso se realizan en relación principalmente con el vagabundaje y la mendicidad, la prostitución, la delincuencia de menores y la enfermedad mental.

La ayuda personal que procuran los servicios sociales existentes suele responder a necesidades personales críticas no cubiertas, como el abandono o la incapacidad para autovalerse. Pero los servicios sociales también pueden responder a aspiraciones de mejora en calidad de vida o integración social. En relación con lo anterior, como apunté antes, **la ayuda personal propia de los servicios sociales da lugar a actividades de intención preventiva, lenitiva o supletoria, rehabilitadora e integradora**; en una visión técnica, no es necesario contraponer las citadas tácticas para destacar la importancia de esta o de aquella, sobre todo ahora que con frecuencia se gestionan asociadamente.³

La polivalencia de los servicios sociales radica en que la ayuda personal puede referirse a necesidades o aspiraciones de varias clases, desde ayuda para el aseo y la preparación e ingestión de comida hasta interacción habilitadora,

³ Adopta esta visión integrada de las tácticas de intervención Marcos Vaquer Caballería, *La acción social*, Tirant lo Blanc, Valencia, 2002, p. 165.

rehabilitada y de desarrollo personal. El rasgo de la polivalencia lo comparten los servicios sociales con las prestaciones monetarias provistas por seguros y programas de subsidios, las cuales pueden aplicarse a diferentes objetos. Al contrario, otros conjuntos de actividades –como los de trasportes, salud, educación o vivienda– responden a necesidades o proyectos más homogéneos.

1.1.3. Prestaciones individuales y otras actividades de carácter técnico

La manifestación más común y visible de esta rama de actividades son las prestaciones individuales, tales como: el acompañamiento de socorro, la orientación y el apoyo personal a menores abandonados, personas maltratadas, recién inmigradas, etc.; la ayuda también personal a domicilio de carácter permanente o circunstancial para menores, personas con enfermedades crónicas y/o discapacidad, especialmente de edad avanzada; atención en centros de día de tipo ocupacional y/o asistencial a personas con enfermedades crónicas y/o discapacidad, también en este caso principalmente de edad proveyecta; atención circunstancial o continuada en centros residenciales, pisos tutelados o semejantes para diferentes situaciones personales y sociales. Pero abarca también la rama de los servicios sociales actividades de destinatarios colectivos, como pueden ser programas y campañas de apoyo a la autoayuda, de organización comunitaria, de intercambio entre las clases de edad, pro evitación de malos tratos. No parece que sea justificable soslayar esta posible faceta colectiva de la rama, como no lo tendría amputar a la rama sanitaria la salud pública, en su versión tradicional.

El carácter personal asignado en la definición propuesta a las prestaciones individuales y otras actividades integrantes de los servicios sociales quiere excluir las aportaciones monetarias y, en general, materiales no afectadas a la adquisición de ayuda de dicho carácter. Este criterio no debería llevarse al extremo de excluir de la rama las aportaciones de restauración y alojamiento asociadas a ciertas prestaciones de ayuda personal, como los cuidados en residencias y el acogimiento en casos de emergencia. Tampoco quiere excluir las prestaciones monetarias destinadas a la adquisición de ayuda personal. Si excluyo, en cambio, las donaciones continuadas de bienes materiales desligados de la ayuda personal y las prestaciones monetarias periódicas de libre aplicación. Tal criterio definitorio, que coincide aparentemente con el adoptado en la Carta Social Europea (art. 14), del Consejo de Europa, se inspira no sólo en la lógica clasificatoria sino sobre todo en los riesgos que entraña la mezcla de los contenidos indicados en la práctica. Ocurre que las aportaciones materiales propician relaciones en las que los beneficiarios de las mismas desempeñan papeles pasivos, los cuales resultan muy inconvenientes para la adecuada recepción de las aportaciones habilitadoras y rehabilitadoras de desarrollo personal. Los efectos perversos de las aportaciones no participativas –dependencia, estigma, picaresca, etc.– vienen siendo señaladas desde hace mucho tiempo.⁴

⁴ Ver, por ejemplo, Mary E. Richmond, *Caso social individual* [1922], Editorial Humanitas, Buenos Aires, 1962, pp. 113 y ss.

Es cierto que las leyes de las Comunidades Autónomas sobre acción social y/o servicios sociales incluyen prestaciones monetarias periódicas sin aplicación específica. Pero lo que importa es no llevar esta mezcla a los planos conceptual y operativo.

1.1.4. Formalizadas

Una parte de las prestaciones individualizadas de los servicios sociales, como la información, la orientación, el apoyo personal o la habilitación para la vida social son aportadas también por familiares y amigos, así como por servidores domésticos o auxiliares personales contratados por los particulares. La noción de servicios sociales propuesta excluye estas formas de ayuda personal y se limita a las que se realizan mediante organizaciones formales: desde un profesional con licencia administrativa hasta un gran establecimiento público, pasando por agencias que proveen profesionales de distintos niveles.

1.1.5. Producidas y dispensadas mediante diversos regímenes institucionales

La noción de servicios sociales propuesta sólo excluye los regímenes familiar y doméstico y el amistoso de producción y/o distribución de las prestaciones individuales y otras actividades de la misma. Ello significa que abarca a los servicios sociales privados comerciales, a los mantenidos por asociaciones no lucrativas y fundaciones y a los públicos. No se sigue aquí, pues, la pauta –frecuentada en la transición a la democracia y años inmediatos– de restringir la noción de servicios sociales al sector público, sino que se extiende a los privados. Parece que para el conocimiento, la comunicación social, la docencia y la gestión de los servicios sociales conviene concebirlos como una rama de actividad, cuales las de restauración, educación, turismo, etc. Esta concepción técnica de los servicios sociales no impide –sino que acaso facilita– la comprensión de la pluralidad de modalidades de producción y dispensación de las prestaciones personales de los distintos sectores institucionales, aparte de la que realizan los servidores domésticos y auxiliares personales contratados directamente por los afectados o sus familiares –de número creciente–.

1.2. LOS SERVICIOS SOCIALES Y OTRAS RAMAS DE ACTIVIDAD DE FIN U OBJETO SOCIAL

Suelen identificarse tres grandes sectores de la actividad económica: el de la agricultura y la minería, que extrae bienes de la naturaleza directamente; el industrial o manufacturero, que transforma materias primas para dar lugar a edificios, tejidos, alimentos elaborados, etc.; y el de servicios, que los produce en ramas de distribución de bienes, transporte, bienestar y otras.

1.2.1. La rama de los servicios sociales y otras del árbol social

Obviamente, los servicios sociales son ubicables en el gran sector de los servicios, en el que le acompañan otras ramas –que, en su parte pública, vienen

denominándose sistemas o políticas– también sociales. Se ha producido un cierto consenso en la consideración de este elenco de las mismas:

- asistencia sanitaria
- servicios educativos
- protección social del trabajo
- política de rentas personales (salario mínimo, fiscalidad, seguros, subsidios)
- protección social de la vivienda
- servicios sociales.

Creo oportuno hacer notar que **las citadas ramas se vienen construyendo más sobre el criterio de la naturaleza técnica de los medios de acción que sobre sus efectos**. No cabe duda de que la vivienda –con el urbanismo– es un factor importante de la salud, pero acaso no resultara funcional articular en el mismo bloque conceptual la asistencia sanitaria y la producción de los recursos para el alojamiento humano. Cada una de las actividades dichas tiene por sí misma mucha importancia y su perímetro parece propicio para el desarrollo de disciplinas técnicas autónomas, así como para servir de guías en la gestión.

Conviene advertir también que algunos autores e instituciones, sobre todo foráneos, adoptan la acepción amplia que mencioné antes de la voz «servicios sociales», al designar mediante ella al conjunto de las seis ramas enumeradas. Así podemos verlo en la reunión de expertos europeos sobre el tema «Servicios sociales para todos en la Unión Europea», organizada por la Asociación Alemana para el Bienestar Público y Privado y celebrada en octubre de 1998.⁵ Algunos de quienes adoptan tal convención terminológica, aunque no sólo ellos, denominan a la sexta rama «servicios sociales personales» para evitar, con ese adjetivo, la confusión entre el conjunto y uno de sus elementos. En España predomina el uso de la aceptación estrecha o angosta de la locución «servicios sociales», que designa sólo la sexta rama del árbol social.

De las seis ramas de actividades con fin social, algunas han logrado en nuestro mundo occidental un desarrollo grande y unas identidades fuertes. La rama de la asistencia sanitaria –a no confundir con la acción sanitaria total– constituye un complejo socioeconómico con gran volumen de actividad, de personal y de recursos materiales; a la vez, ha desarrollado una tecnología altamente especializada y ejerce gran influencia social. Lo mismo cabría decir de la educación formal. En lo que concierne a la política de rentas, resulta excusado comentar su visibilidad si recordamos cuan enorme y creciente es su ámbito personal de aplicación. La protección social del empleo y la política de vivienda vienen cobrando también gran notoriedad. Los servicios sociales no presentan una identidad fuerte y neta. Por una parte, se asocian a situaciones marginales; por otra, priman

5 Puede verse el informe de dicha reunión en *Revista de Treball Social*, nº 156, diciembre de 1999.

sus áreas sociales de actuación (infancia, drogodependencia, ancianidad, etc.) sobre su identidad técnica y organizativa global.

1.2.2. Demandas y actuaciones mixtas

Los servicios sociales tienen y están llamados a tener importantes relaciones fronterizas con otras ramas de actividades de objeto social. No pocas veces, una misma circunstancia o situación demanda intervenciones mixtas, más o menos articuladas. Véanse seguidamente algunos campos de demanda y actividad mixta.

En las personas afectadas de pobreza y dependencia funcional que carecen de apoyos familiares y otros de carácter informal, se plantea la demanda conjunta de prestaciones materiales y de apoyo material. La práctica tradicional proveía a esta necesidad de modo combinado mediante socorros a domicilio o centros asilares. Pese a la extensión de las prestaciones monetarias (Seguridad Social contributiva y no contributiva, rentas mínimas, etc.) sigue habiendo casos que plantean esta doble demanda, por ejemplo, entre las personas sin hogar.

En la etapa infantil y en situaciones de discapacidad grave, se presenten crisis de salud que demandan la combinación de los apoyos personales y la atención sanitaria con carácter circunstancial. Por otra parte, ciertas personas se ven afectadas de enfermedades crónicas causantes y/o acompañadas de discapacidades graves que necesitan a la vez atención sanitaria y ayudas personales de modo continuado. En una parte de tales casos la ayuda personal se cubre mediante familiares –mayoritariamente mujeres– y/o cuidadores domésticos provistos por el afectado o por su familia. Pero otra parte de la población necesitada de apoyo personal, muy especialmente ancianos, necesita recibirlo –en su totalidad o en parte– de los servicios sociales. Las prestaciones de los mismos concurren así con las sanitarias de carácter circunstancial o continuado. La articulación de las actuaciones de ambas ramas de recursos se realiza por varios modos:

- a) En no pocos casos el interesado o sus familiares combinan como mejor pueden la concurrencia de las actuaciones sanitarias y de los servicios sociales.
- b) A veces la combinación de atenciones sanitarias y de servicios sociales es gestionada o propiciada por agentes de una u otra rama.
- c) Algunos servicios sociales, como determinados centros de día y residencias asistidas, proporcionan ciertas atenciones sanitarias; y algunas de servicios sanitarios, como los hospitales de larga estancia, incluyen ayuda personal.
- d) Ciertas entidades, sobre todo de carácter voluntario, proveen o gestionan el conjunto de atenciones que requieren sus asociados y clientes.

Se presenta ahora otro campo de demanda dual poco notorio, tanto para la población afectada como para los servicios concernidos: el del fracaso y/o con-

flicto en la escolarización obligatoria relacionado con circunstancias familiares. Vaya por delante que, mientras se mantenga el déficit de notoriedad indicado, resultará muy difícil la configuración de la oferta de actuación mixta que el problema demanda. Muy frecuentemente, en el fracaso escolar y otros problemas semejantes, sin perjuicio de las medidas educacionales que se arbitren, late una demanda de apoyo sistemático por parte de los servicios sociales. El bajo aprovechamiento obedece en parte y/o en ciertos casos a limitaciones intelectuales y alteraciones emocionales que requieren adaptaciones educativas. Pero en parte y/o en otros casos la clave del problema radica en circunstancias familiares o comunitarias que escapan a la acción educacional y que pueden ser diagnosticadas y tratadas por el trabajo familiar y comunitario a desarrollar por los servicios sociales. Algo parecido cabe decir de las situaciones de inadaptación y conflicto. Es cierto que los servicios sociales ya vienen actuando circunstancialmente, pero no está planteada aún una acción socio-educativa sistemática.

La acción relativa a las toxicomanías es compleja, por lo que concierne a las demandas de acción, y mixta, en su desarrollo. La prevención está llamada a actuar tanto sobre la producción (cambio de cultivos y destrucción de laboratorios), como sobre la distribución (control del tráfico) y la demanda (oferta de alternativa, educación saludable). La atención a los adictos requiere cuidados médicos, psicoterapéuticos, apoyo personal, etc.

Probablemente la situación social que presenta una demanda más compleja de acciones es la de pobreza-marginación. Las personas afectadas por ella requieren, con carácter urgente, ayuda material o de subsistencia. Pero, en la mayor parte de los casos, si se afrontan con rigor, es decir, con propósito de ayudar a las personas afectas para que logren su autonomía, nos encontraremos ante complejos de carencias y conflictos personales y sociales: vidas privadas de apoyo familiar en la infancia y la juventud, con carencias en la educación y dificultades para la disciplina laboral; individuos con personalidades frágiles que fracasaron al pasar de las instituciones de carácter tutelar (familia, pandilla de amigos, escuela, etc.) al medio abierto y competitivo en régimen de autonomía; enfermos mentales sobrepseudopsiquiatrizados por internamiento en hospitales cerrados que, mediante la política de reforma, son «desinternados» sin la adecuada preparación ni de los afectados ni de sus medios de acogida; minorías étnicas o colectivos con cierta especialidad económica que se ven privados de sus medios habituales de vida y que carecen de información y actitudes para reubicarse económicamente, y/o de recursos materiales y hábitos para trasladarse a otros lugares más propicios desde un punto de vista económico.

1.3. LOS SERVICIOS SOCIALES Y LOS COLECTIVOS DESTINATARIOS

Frente a la visión de los servicios sociales como rama de recursos, hemos de considerar aquellos que toman como referencia sus usuarios, ya sea para efectos conceptuales u organizativos.

1.3.1. Los servicios sociales no son reductibles a los colectivos desfavorecidos

Es frecuente en España identificar los servicios sociales con ciertas acciones relativas a colectivos con circunstancias de desventaja o especiales: niños y mayores, personas con discapacidad, minorías étnicas, etc. No parece que sea éste un buen camino para caracterizar los servicios sociales, por razones como las que indico seguidamente.

En primer lugar, conviene reparar en que los asuntos que abordan los servicios sociales no siempre están vinculados a las circunstancias peculiares de los colectivos indicados. Ciertas necesidades y aspiraciones que pueden llamar a la puerta de los servicios sociales son independientes de la edad (niño, joven o viejo –los maduros en cuanto tales no tienen espacio reservado en la listas–); de la condición femenina u homosexual –los varones heterosexuales no cuentan–; de las identidades étnicas; de la pobreza y/o la marginalidad. He aquí ejemplos de estos problemas no específicos de áreas sociales: la ignorancia sobre recursos y oportunidades colectivas; el desvalimiento personal, por ejemplo ante una acción judicial; el malestar emocional sin clara indicación psiquiátrica; las emergencias colectivas.

En segundo lugar, los servicios sociales no son la misma cosa que las acciones en favor de los colectivos evocados porque en ellas intervienen también otras ramas sociales. Las personas mayores, por ejemplo, consumen pensiones y subsidios de jubilación, usan los servicios sanitarios no menos que los sociales, y también tiene que ver con ellos la política de urbanismo y vivienda.

La conceptualización de los servicios sociales en términos de colectivos desfavorecidos o con necesidades especiales entraña el problema lógico de que no pocos individuos son parte de varios de aquéllos: niño –de la calle, por ejemplo–, inmigrante, con discapacidad y toxicómano. Además, las conceptualizaciones de los servicios sociales en función de los colectivos se ven en la necesidad de mezclar con ellas áreas de actuación, como la familia o las emergencias, que tienen otro carácter lógico.

Por todo lo indicado, entiendo que conviene sustituir la visión de los colectivos por la identificación de áreas especializadas de actuación concebidas, no en términos personales, sino funcionales. He aquí una propuesta:

- familia e infancia
- juventud
- envejecimiento
- discapacidad, incluyendo dependencia
- alcoholismo y drogadicción
- delincuencia y problemas conexos
- condiciones sexuales minoritarias
- minoridad étnica
- extranjería
- pobreza y marginalidad
- desvalimiento personal y malestar emocional

- emergencias.

Pasando al plano organizativo, es propio que las entidades privadas de o para ciertos colectivos agrupen recursos sociales –y otros– en función de sus necesidades. De este modo se producen complejos que rebasan la rama de los servicios sociales. En el sector público, los órganos de gestión se configuran en función de materias, destinatarios y funciones internas. Para las políticas sociales, el criterio predominante es el primero, supongo que por ser más funcional para una administración universalista. Los órganos responsables de la Beneficencia pública, por ejemplo, se construyeron en función de sus destinatarios (desvalidos y pobres). Aun cuando sólo realizaban labores integrales para los menores, el conjunto de la acción institucional participaba de varias ramas. La declinación de la institución benéfica, motivada a mi parecer sobre todo por su carácter selectivo marginalista, trajo consigo la desaparición de sus órganos de gestión mixta definidos por los destinatarios. Posteriormente se crearon algunos servicios de la Administración Pública destinados a «minusválidos», «mayores», «mujer», etc., pero sus contenidos funcionales son muy limitados: si gestionan prestaciones técnicas, suelen limitarse a las de servicios sociales; si abarcan varias ramas, las abordan por vía de fomento, no de intervención directa.

Cuando, por la demanda de los colectivos de usuarios y el deseo de mayor servicio por parte de los gestores, se saltan las citadas limitaciones, se produce el riesgo de generar cajones de sastre, con graves defectos de calidad e inductores de desorden y de remarginación, al menos simbólica, de los colectivos desfavorecidos.⁶

Las revoluciones liberales arrumbaron el colectivismo segmentario de la sociedad del Antiguo Régimen, con sus estamentos, sus gremios y otras corporaciones titulares de derechos diferenciados o privilegios. Mediante importantes reformas sociales de signo participativo, nuestra sociedad se ha liberado de la revolución comunista, que vino a sustituir la sociedad liberal de átomos ciudadanos formalmente iguales por el monocolectivismo. Frente a nuestro modo de integración colectiva básico de signo liberal-social universalista, se registran iniciativas que pretenden o que llevan consigo la construcción social de colectivos segmentarios (mujeres, personas con discapacidad, mayores, homosexuales). No parece propio que la estructuración de los servicios sociales sea beligerante en movimientos civiles como los indicados. Por ello, sin perjuicio de la preferente atención a las situaciones de mayor necesidad –tradicional en la rama– y, por supuesto, quedando a salvo la libertad de los usuarios, parece que los servicios sociales no deben contribuir a deteriorar la estructura universalista de integración social propia de nuestras sociedades.

1.3.2. La propuesta de ensanchar la herramienta de los servicios sociales

Tras analizar agudamente la grave limitación de los servicios sociales mo-

⁶ Ver Pilar Rodríguez Rodríguez, *El sistema de servicios sociales español y las necesidades derivadas de la atención a la dependencia*, Fundación Alternativas, en prensa, p. 51.

ernos ante la pobreza y la «exclusión», Laparra y Aguilar proponen «asumir que los servicios sociales no son un sistema más del Estado de bienestar, sino un sistema especial, atípico, que cuestiona y se entromete con los demás, exigiéndoles cambios pero también haciéndose cargo de algunas de sus funciones en algunos casos.»⁷ Se trataría en fin de cuentas de ampliar la caja de herramientas de los servicios sociales con instrumentos tomados de otras ramas para afrontar cabalmente los problemas de la pobreza y la «exclusión».

Es práctica tradicional de los agentes privados seguir esta pauta para abordar las situaciones de colectivos y casos afectos de penuria y/o marginación. La acción colectiva se viene sirviendo de planes o proyectos politécnicos.⁸ La composición y gestión de programas individuales de contenido mixto es frecuente en asociaciones de o para afectados de deficiencias y/o carencias. La organización por materias del sector público le crea dificultades para la gestión de programas con pretensiones de integralidad. Pero no deben desdeñarse sus posibilidades de acción en el campo que nos ocupa. Pese a su actitud previa contraria a afrontar la pobreza específicamente,⁹ el Gobierno español aceptó la invitación a participar en el Segundo Programa de Lucha contra la Pobreza de la Comunidad Europea (1985-1989). Es cierto que los organismos públicos no protagonizaron los proyectos más complejos,¹⁰ pero la Administración central y las de las Comunidades Autónomas ejercieron funciones de coordinación y control. Por cierto, en el tercer Programa (1989-1994) se valoró notablemente la técnica o régimen que se ha dado en llamar «partenariado»¹¹ –para no incurrir en el esnobismo de castellanizar una palabra inglesa de origen latino y con versión en nuestra lengua, sería mejor decir «parcería»–. Entiendo que este hecho expresa la conciencia de los gestores de que la acción contra la pobreza y la marginación requieren del concurso de varios agentes, públicos y privados. No consideraron, pues, que fuera posible resolver la cuestión de la complejidad mediante un ensanchamiento de los servicios sociales.

En Estados con políticas sociales desarrolladas, la construcción de las ramas del árbol social viene marcada por las estructuras del sector público. La ruptura de la pauta de la especialización por los medios es difícil y tiene efectos disfuncionales graves: lagunas, peloteo de responsabilidades, conflictos, etc. Por ello, **la solución a la demanda de intervenciones integrales con recursos de diferentes ramas técnicas debe buscarse sin perjuicio del desarrollo de los servicios sociales como rama técnica especializada.** Ya vimos algunos modos de afrontar las demandas complejas en el sector privado y en el público. Éste, si concediera centralidad a las políticas relativas a la pobreza y la marginalidad, po-

7 Miguel Laparra Navarro y Manuel Aguilar Hendrickson, «Intervención social y exclusión», en *Documentación Social*, nº 106, 1997, p. 5.

8 Ver, por ejemplo, Demetrio Casado, *Plan Social Baza*, Euramérica, Madrid, 1969.

9 Ver Demetrio Casado, «Acción social y servicios sociales», en Miguel Juárez, *V Informe sociológico sobre la situación social de España*, Fundación FOESSA, Madrid, p. 1804.

10 Ver *The Second EC-Programme to Combat Poverty*, ISG, Colonia, 1988.

11 Ver, por ejemplo, Programme Communautaire pour l'Intégration Économique et Sociale des Groupes les Moins Favorisés, *Rapport d'activités présenté par l'Unité Centrale*, 1991, pp. 23-28.

dría servirse de medios de articulación de acciones mucho más potentes que los habituales; recuérdense los recursos normativos y de organización habilitados con ocasión del envenenamiento por aceite de colza y para las víctimas del terrorismo –en este caso, por cierto, con bastantes años de retraso–.

1.4. LA ACCIÓN PÚBLICA EN SERVICIOS SOCIALES

La rama de los servicios sociales, según la noción técnica propuesta y como quedó indicado, abarca los servicios sociales provistos por el sector público, junto a los que producen y distribuyen los sectores privados. Pero la importancia, antes señalada, de los poderes públicos en los distintos niveles territoriales del Estado español no se limita al papel de proveedor de aquellos, sino que abarca otros dimanantes, en último término, de la Constitución vigente.

Se ha señalado que son escasas las referencias de nuestra Carta Magna a los servicios sociales, así como que la única de ellas en la que aparece esa locución literalmente (art. 50) la utiliza en sentido amplio.¹² Cabe incluso decir que, pese a esa amplitud, no abarca la rama que aquí se considera: «Los poderes públicos garantizarán, mediante pensiones adecuadas y periódicamente actualizadas, la suficiencia económica a los ciudadanos durante la tercera edad. Asimismo, y con independencia de las obligaciones familiares, promoverán su bienestar mediante un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio.» Estos hechos pueden responder a la escasa visibilidad conceptual de los servicios sociales en el momento de elaborarse el texto constitucional, el cual contiene fundamentos tácitos para la acción pública en la rama que consideramos.

Por de pronto, la contribución de los servicios sociales al bienestar individual y social es uno de los medios necesarios para el cumplimiento de este mandato: «Corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas; remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud y facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida pública, económica, cultural y social» (art. 9.2).

Aparte del anterior precepto, el capítulo de principios rectores de la política social y económica contiene varias disposiciones que, por vía de interpretación, llevan a la acción pública en servicios sociales –como a las otras ramas sociales, por supuesto–. Me refiero especialmente a los preceptos concernientes a: la protección de la familia y de la infancia (art. 39), a la Seguridad Social (art. 41), a la atención a las personas con discapacidad (art. 49) e, incluso, a la tercera edad (art. 50) si interpretamos que los servicios sociales son un medio auxiliar para abordar los problemas de salud.

Excluí de la anterior relación el precepto constitucional generalmente in-

12 Manuel Aznar López, «Aspectos jurídicos de los servicios sociales: de la referencia constitucional a la legislación ordinaria», *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, nº 30, 2001, p. 55.

vocado por las Comunidades Autónomas para tomar competencia exclusiva en servicios sociales (art. 148.1.20), no sólo por su ambigüedad, sino también por no ser de carácter sustantivo. También me excuso de reseñar las referencias de la normativa fundamental de la UE relativa al asunto en cuestión por entender que no son determinantes para la rama.

Como quedó dicho, **la acción pública en servicios sociales no tiene por qué reducirse a la producción y distribución directa de prestaciones individuales y otras actividades. Tampoco se agota en la suma de los servicios sociales propios más los concertados o contratados. Como para cualquier otra rama de actividades, los poderes públicos tienen responsabilidades y competencias de ordenación y control. Por otra parte, tienen la posibilidad de incidir en los servicios sociales privados mediante acciones de fomento. También pueden actuar indirectamente mediante prestaciones monetarias a las personas y a las familias para la adquisición de prestaciones técnicas de los servicios sociales.**

I. INFORMACIÓN INTERNACIONAL

2. TENDENCIAS RECIENTES EN LOS SERVICIOS SOCIALES EUROPEOS: ALGUNOS EJEMPLOS PARADIGMÁTICOS

Helena Sotelo

Centro de Documentación y Estudios - SIIS - Dokumentazio eta Ikerketa Zentroa

2.1. INTRODUCCIÓN¹

Es un hecho que, en las sociedades modernas occidentales, los servicios sociales tienen un impacto creciente en las condiciones de vida de amplios grupos de población, como consecuencia, en buena parte, de la aparición y afianzamiento de factores sociodemográficos de sobra conocidos, en particular, los cambios en las estructuras familiares, el envejecimiento demográfico y los cambios estructurales y organizativos observados en el mercado de trabajo. A medida que han crecido las necesidades, sin embargo, la capacidad de crecimiento del propio sistema ha ido acercándose a sus propios límites, enfrentándose en la actualidad a importantes dificultades para movilizar los recursos que le son indispensables: la familia, que sigue siendo el principal proveedor de atención social, se enfrenta a cambios y a nuevas necesidades que disminuyen su potencial asistencial, máxime si ve forzada a asumir importantes cargas de atención sin apoyo de la red formal; el sector público, por su parte, está sometido a importantes presiones financieras y políticas; y, al tercer sector, cada vez le resulta más difícil encontrar recursos humanos dispuestos a intervenir en actividades de voluntariado.

Ante esta situación, los estados, los sistemas, reaccionan de muy diversas maneras y esta reacción tiene su reflejo en todas las políticas públicas, en particular en sus políticas protección social y tiene particular incidencia, desde luego, en el área de los servicios sociales. Conocer esas reacciones puede ayu-

¹ Esta presentación se basa, en sus contenidos esenciales, en un análisis de las tendencias generales observadas en Europa, publicado en «Situación y perspectivas del sistema público de servicios sociales en la Comunidad Autónoma del País Vasco. Dossier para el Debate», promovido desde el Departamento de Vivienda y Asuntos Sociales del Gobierno Vasco. Resultado de una revisión detallada de aquél, ofrece una versión actualizada y más completa de la materia tratada: así, se incide especialmente, en un nuevo apartado, en el papel del tercer sector basado en el estudio elaborado por el SIIS-Centro de Documentación y Estudios para el Departamento de Bienestar Social de la Diputación Foral de Álava sobre «El Sector no lucrativo en el ámbito de la acción social en Álava».

dar, sin duda, a disponer de una visión más completa, más plural de la cuestión y a plantear nuestros propios retos en términos más globales y más capaces de considerar las alternativas con visión de futuro. Lamentablemente, la comparación de los sistemas de servicios sociales es una tarea pendiente en la literatura especializada europea. Existen, es cierto, numerosos trabajos comparativos de los diferentes modelos de Estados de Bienestar, centrados en los mecanismos básicos de protección social, fundamentalmente en las prestaciones económicas², pero su principal inconveniente es que no incluyen en la comparación los habitualmente denominados en el ámbito europeo «servicios sociales personales», y éste es precisamente el ámbito que interesa analizar aquí. Aunque algunos autores han tratado de colmar este vacío³, siguen sin ofrecer una imagen detallada, fiable y actual de los servicios sociales en Europa. Esta laguna se debe a que el análisis comparativo de servicios sociales es extremadamente dificultoso, mucho más que el de otros ámbitos más afianzados de la protección social, no tanto porque su recorrido histórico sea más reciente, como por el hecho de que en muchos casos, en origen, los servicios sociales personales se han constituido como un ámbito residual del sistema, lo que ha determinado una gran diversidad entre los países.

Dado lo anterior, en este breve análisis sólo se intentará abordar algunos aspectos básicos de los modelos existentes en el contexto europeo y, en lo posible, destacar las principales líneas de actuación que se perfilan en unos u otros países. Dadas las limitaciones de espacio, la visión no puede ser sino global, aunque, sin duda, convendría, en un futuro próximo, proceder a un análisis comparativo más sistemático de los principales modelos coexistentes en la Unión; sujeto a actualizaciones anuales o incluso permanentes, permitiría disponer, en todo momento, de informaciones básicas sobre la estructura administrativa, las fórmulas de financiación y el catálogo de servicios y prestaciones ofrecidos en distintas realidades.

2.2. TENDENCIAS ORGANIZATIVAS MÁS DESTACABLES

A los efectos de esta breve presentación, y dada su intención de contribuir a un debate constructivo sobre las alternativas de evolución de los servicios sociales en nuestro ámbito y sobre sus posibles y deseables mejoras, interesa centrar la reflexión en aspectos concretos, verificables, dejando al margen construcciones teóricas de gran interés pero de menor utilidad en este análisis.

Se ha optado, en consecuencia, a la hora de describir los modelos organizativos, por centrar la atención en algunos aspectos clave de la estructura de los

2 El más conocido es, sin duda, el enfoque aportado por G. Esping-Andersen en «*The Three Worlds of Welfare Capitalism*».

3 Anttonen A. y Sipilä J. (1996). *European social care services: is it possible to identify models?*, Journal of European Social Policy, 6,2, p.87-100.

sistemas vigentes en los países seleccionados⁴: la ordenación territorial, la organización administrativa, el sistema competencial, la financiación, la responsabilidad pública y la economía mixta del bienestar, y el cambiante protagonismo del tercer sector.

2.2.1. Ordenación territorial

Ordenación territorial en los países nórdicos

- Así, en Suecia, existen tres niveles territoriales: el Estado, los condados y los municipios. En la actualidad, existen 23 condados y 286 municipios cuya población media se sitúa en torno a los 20.000 habitantes, oscilando entre unidades territoriales de 5.000 habitantes y grandes ciudades, como el caso de Estocolmo que alcanza 1.000.000 de habitantes.
- En Dinamarca, la ordenación es bastante similar. Existen 16 condados, con poblaciones comprendidas entre 50.000 y 60.000 habitantes, y 275 municipios, la mitad de los cuales cuentan con poblaciones inferiores a 10.000 habitantes. Los grandes municipios de Copenhague y Frederiksberg tienen un estatus administrativo especial: son simultáneamente condado y municipio y ejercen las competencias correspondientes a ambos niveles.
- En Finlandia y en Noruega, en cambio, el único nivel de administración local es el municipio, y su tamaño medio viene a ser de unos 5.000 habitantes, aunque perviven municipios muy pequeños de en torno a unos 150 habitantes.

Estas estructuras son el resultado de diversas reorganizaciones territoriales iniciadas en la década de los cincuenta:

- El caso de Suecia es el más llamativo: en 1950, el número de municipios ascendía a 2.498; en 1975 descendió hasta 278, para situarse, en 1994, en su cifra actual de 286.
- En Dinamarca, la denominada «municipalización del Estado de Bienestar» supuso una muy importante reducción del número de municipios que pasó de 1.390, existentes en 1950, a los 275 existentes en la actualidad. Esta cifra ha permanecido estable desde 1994.
- Noruega, por su parte, pasó de tener 744 municipios a tener los 435 existentes en la actualidad.
- La reorganización territorial finlandesa fue la más modesta de las cuatro, pasando de 549 municipios a 477.

⁴ El análisis recogido en esta presentación trata de observar tendencias que se han desarrollado en el pasado o se desarrollan en la actualidad en otros países europeos, de modo que es inevitable que, en diversos aspectos, las tendencias apuntadas no coincidan con las diversas realidades pasadas y actuales observadas dentro del Estado español.

Estos procesos de reorganización territorial obedecieron a dos razones principales: la pérdida de fuerza de los municipios rurales derivada del éxodo hacia las ciudades (con la excepción de Finlandia en donde la resistencia mostrada por las zonas rurales no permitió que prosperaran posteriores intentos de reorganización) y el interés del Estado en orientar la política local, con el fin de evitar desigualdades territoriales.

Ordenación territorial en el Reino Unido

En el Reino Unido, la situación es muy distinta:

- Sólo existe un nivel de administración local denominada «*local authority*». Si bien por tamaño y competencias, ha sido, tradicionalmente, más un equivalente de la provincia que del municipio, tal y como éstos se articulan en nuestro ámbito, entre 1995 y 1998 se produjo una reorganización que supuso una mayor división del Territorio: en la actualidad, las *local authorities* cuentan, en general, entre 100.000 y 150.000 habitantes, aunque existen algunas excepciones de unidades territoriales de población inferior a estas cifras⁵.

Existen diferentes tipos de *local authorities*: 34 condados, 49 autoridades metropolitanas y 46 autoridades unitarias (estas últimas son territorios desagregados de los antiguos condados). Todas ellas tienen las mismas competencias en materia de servicios sociales.

Existe, por otro lado, una segunda división territorial de carácter puramente organizativa: se trata los distritos sanitarios que dependen directamente del Departamento de Salud. Estos distritos no son entidades locales propiamente dichas.

La delimitación territorial de los municipios y de los distritos no coincide: estos últimos son mayores y sus límites geográficos no siempre se ajustan a los límites geográficos de los diversos municipios que abarcan.

2.2.2. Unidades administrativas para la prestación de servicios

Desde el punto de vista de la organización de las unidades administrativas dedicadas a la prestación de servicios sociales, existen básicamente dos modelos:

- La organización del territorio municipal en áreas más pequeñas a las que se asigna una oficina de servicios sociales dotada de un equipo de profesionales, encargado de valorar las necesidades, elaborar planes individuales de atención y gestionar o tramitar la prestación de los ser-

5 Para evitar confusiones, mantendremos a lo largo de la exposición la terminología británica.

vicios que se estimen oportunos. Este es el caso en el Reino Unido: cada una de las *local authority* garantiza la gestión de los servicios a través de equipos de *case managers*. La territorialidad de los equipos es muy variable; Birmingham, por ejemplo, con una población de un millón de habitantes, cuenta con unas 12 áreas; cada una de estas áreas dispone de un equipo de profesionales compuesto por una decena de miembros, de modo que cada profesional abarca aproximadamente una población de 8.500 habitantes. En otros ámbitos geográficos, esta proporción disminuye y se sitúa en torno a los 5.000 habitantes.

También en Dinamarca, algunos municipios se acogen a esta fórmula.

- En el segundo modelo, la territorialización sólo es funcional, no física. Así, en Suecia, los servicios sociales de base no están distribuidos por barrios. Normalmente, se ubican en un único edificio, y se asigna a cada uno de los profesionales la responsabilidad de atender los casos correspondientes a una determinada zona de la ciudad. De media, puede haber 4 ó 5 profesionales de valoración por cada 10.000 personas mayores de 65 años. El caso de las ciudades grandes, como Estocolmo, es diferente: se subdividen en áreas de unos 50.000 habitantes que cuentan con un departamento de servicios sociales dotado de presupuesto propio atribuido por el Ayuntamiento de la ciudad.

En Dinamarca, esta forma organizativa convive con la anterior.

El propio tamaño de los municipios determina en países como Finlandia o Noruega, o incluso en Francia (el 90% de sus municipios tienen menos de 2.000 habitantes), la desconcentración física de los equipos, aunque debe recordarse que en Francia, a pesar de la obligación impuesta a todos los municipios de contar con un «*Centre communal d'action sociale*», o de agruparse para disponer de un «*Centre intercommunal d'action sociale*», los núcleos pequeños, con frecuencia, no disponen de este servicio. En el año 2000, para dar una respuesta parcial a estas situaciones de carencia, el Gobierno Central lanzó un proyecto consistente en la creación de «*centros locales de información y orientación*», destinados únicamente a las personas mayores. Tienen vocación pluridisciplinar y su finalidad es orientar y apoyar a los mayores en todos los aspectos de su vida cotidiana, ya sean sociales, sanitarios, culturales u otros. Cubren zonas con una población comprendida entre 7.000 y 10.000 personas mayores de 60 años en el medio rural y de 15.000 en el medio urbano.

2.2.3. Líneas básicas de la distribución competencial: el progresivo reforzamiento del protagonismo de las Administraciones locales

La cuestión de la distribución competencial interesa particularmente en la medida en que permite verificar si en otros países se ha planteado la cuestión de la intervención simultánea de diversas administraciones sobre un determinado ámbito de atención y ver cómo se solventa esta conjunción competencial para la prestación efectiva de servicios.

- Un caso de particular interés es el de Suecia. Hasta 1992, año de la denominada Reforma Ädel, se produjeron importantes conflictos competenciales en materia sociosanitaria, en particular en relación con la atención a personas mayores que, debido a la inexistencia de soluciones alternativas de carácter social, permanecían hospitalizadas a pesar de que, desde el ámbito sanitario, se consideraba que ya estaban en situación de ser dadas de alta.

Con objeto de poner fin a las permanentes discusiones entre las autoridades sanitarias (condado) y las autoridades competentes en servicios sociales (ámbito municipal), la reforma Ädel asignó explícitamente a los municipios la competencia sobre todos los servicios destinados a personas mayores y personas con discapacidad, independientemente de su naturaleza social o sanitaria, incluidas las residencias asistidas y los servicios de enfermería a domicilio, atribuyéndoles así mismo la responsabilidad de financiar las camas hospitalarias de las personas que, desde un criterio sanitario, debían ser dadas de alta (pagan una tarifa por día suplementario de estancia hospitalaria). Lo único que no se les traspasó fue la atención primaria y la atención hospitalaria, es decir, las competencias sanitarias más estrictas.

Con posterioridad, la transferencia de competencias del nivel provincial al nivel local se extendió a otros ámbitos de la atención, de tal modo que, en la actualidad, los municipios son competentes para la prestación del conjunto de los servicios sociales y de los servicios que recaen en el ámbito sociosanitario, y los condados son competentes para la atención sanitaria en el sentido más estricto (atención primaria y hospitalaria).

- En Dinamarca la distribución de funciones es muy similar:
 - El municipio es competente en materia de servicios sociales (servicios de atención primaria, soluciones residenciales para personas mayores –pisos tutelados, vivienda asistida, residencias, residencias asistidas– asistencia domiciliaria, centros de día, transporte) y también lo es para la prestación de servicios de enfermería a domicilio.
 - El condado tiene competencias sanitarias (atención primaria, medicina preventiva, atención hospitalaria y atención psiquiátrica) y ofrece también algunos servicios especializados para personas con discapacidad.
- En Finlandia, el proceso de construcción del actual sistema de servicios sociales se sitúa en la década de los 60, coincidiendo con un proceso de modernización del país que exigía una renovación de estos últimos. A nivel administrativo, para evitar las desigualdades territoriales en el acceso a los servicios en los diferentes municipios, se optó por una centralización de los servicios, creándose, a nivel estatal, una Ofi-

cina Central de Bienestar Social cuya función era orientar y supervisar a los municipios en sus tareas de prestación de servicios sociales.

En la actualidad, el esquema sigue siendo el mismo: la Administración Central ejerce funciones normativas en el ámbito de los servicios sociales y desarrolla funciones de inspección y las Administraciones Locales se encargan de la prestación de los servicios.

- En Noruega, la Administración Central ha tenido menos influencia que en Suecia o Dinamarca, de modo que en los municipios, competentes para la prestación de servicios sociales, no se ha visto impuesta la obligación de garantizar un estándar o nivel mínimo de servicios. Las diferencias territoriales son importantes.
- En el Reino Unido, las competencias de prestación de los servicios sociales corresponden a las *local authorities*, que, en su ejercicio, deben adecuarse a las directrices y a los niveles de atención establecidos a nivel central. Queda al margen de sus funciones la tramitación de las prestaciones económicas, incluidas las prestaciones de garantía de ingresos. Por su parte, las funciones de registro e inspección de los servicios sociales privados, inicialmente atribuidas a las *local authorities*, corresponden ahora a una comisión de ámbito estatal denominada «*Commission for social care inspection*».

Con todo, en los últimos años, se observa una marcada tendencia al reforzamiento del protagonismo de las administraciones locales, en particular de las *local authorities*, no ya sólo en el ámbito de los servicios sociales sino en el conjunto de las políticas públicas, tendencia que ha quedado explícitamente recogida en el libro blanco presentado al Parlamento en el año 2001 bajo el título «*Strong Local Leadership - Quality Public Services*».

- En Francia, los tres niveles administrativos –Región, Departamento y Municipio– tienen competencias en materia social. También tienen competencias de esta naturaleza las instituciones delegadas por la administración central a nivel regional («*Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales*») y departamental («*Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales*»).

2.2.4. Líneas básicas relacionadas con la financiación

La principal preocupación de estos países al establecer las fórmulas de intervención desde la Administración central y los sistemas de financiación en materia de servicios sociales, ha sido evitar o controlar los desequilibrios territoriales que podían darse en caso de quedar este ámbito de atención bajo la única responsabilidad de los municipios. Esto ha llevado a fórmulas que tratan de combinar aportaciones económicas finalistas del Estado a los municipios para la prestación de servicios sociales con el establecimiento de niveles mínimos de prestación obligatoria determinados, para cada municipio, en función de una serie de características demográficas y socioeconómicas.

MODELOS DE FINANCIACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES

Reino Unido

- Las «*local authorities*» tienen tres fuentes principales de ingresos: los impuestos locales, los ingresos procedentes del pago de los servicios prestados, la aportación del Gobierno Central. Esta última fuente de ingresos, representa el 74% del total de ingresos en los municipios ingleses y el 84% en los municipios galeses.
- Hasta fechas recientes, esta aportación no era finalista, de modo que cada municipio gozaba de autonomía para decidir en qué cuantía se destinaría a servicios sociales. En 1998, a partir del Libro Blanco «*Modernising social services*», y en el marco de su iniciativa «*Strong local leadership - Quality Public Services*», el Gobierno Central aumentó su aportación con sumas finalistas que necesariamente deben ser destinadas a la prestación de servicios sociales.
- En la actualidad, aproximadamente, el 55% de la financiación de los servicios sociales prestados a nivel local procede de la Administración Central a través de una subvención finalista denominada «*Rate Support Grant*», cuya cuantía se determina mediante la aplicación del índice «*Standard Spending Assessment*».

Suecia

- Hasta 1970, la participación económica de la Administración Central en la financiación de los servicios sociales municipales tenía carácter finalista y se definía por tipo de servicio, en función de la modalidad de atención que se pretendía impulsar. En otros términos, el municipio recibía importantes sumas de dinero que necesariamente debía destinar a los servicios sociales y distribuir entre los distintos servicios sociales en la forma en que lo hubiera determinado el Gobierno Central. Su nivel de autonomía, en este aspecto, era escaso, ejerciendo, fundamentalmente, funciones ejecutivas.
- A partir de 1970, la autonomía de los municipios aumentó y, en contrapartida, disminuyeron las aportaciones del Estado. Desde determinados sectores, se afirma que el Gobierno Central optó por este cambio, es decir, por delegar mayores cotas de responsabilidad en las Administraciones Locales, ante las previsiones de crecimiento en el gasto social y la previsible crisis en la financiación del Estado de Bienestar. Lo cierto es que el cambio no llevó aparejada una reducción de los niveles de atención prestados o en la gama de servicios ofertada; posiblemente, una reducción de este tipo no hubiera sido socialmente aceptable tras 20 años de prestación garantizada mediante la financiación finalista del Gobierno Central.

Dinamarca

- Los ingresos municipales proceden, básicamente, de dos fuentes: las aportaciones de la Administración Central y los impuestos locales. Las aportaciones del Gobierno Central ascienden aproximadamente a un 45% del presupuesto municipal.
- Desde hace una década, el Estado ya no determina en qué proporción los fondos que aporta deben destinarse a la prestación de servicios sociales y, aunque se observan destacables diferencias de unos municipios a otros, lo cierto es que el nivel mínimo de servicios se mantiene.

Finlandia

- La política de ayudas y subvenciones estatales, iniciada en los años 70, representa en la actualidad el 44% de la financiación de los servicios. Una proporción similar corresponde a los propios municipios, y el 12 % restante queda cubierto con la participación de los usuarios.
- La fórmula de aportaciones inicialmente establecida se modificó en 1993: sus aportaciones ya no son finalistas, sino que se determinan asignando una cuantía por habitante.

2.2.5. Responsabilidad pública y economía mixta

El sistema de servicios sociales es, en todos los países estudiados, de responsabilidad pública, de modo que es el sector público quien, desde unos u otros niveles administrativos, debe velar por la prestación de los servicios sociales, pudiendo contar para ello con la participación de otros agentes: las organizaciones del sector no lucrativo, las entidades mercantiles que intervienen en este ámbito y, por supuesto, el sector informal basado en la solidaridad familiar y social. En términos generales, el mayor o menor nivel de participación en los sistemas de unos u otros agentes queda asociado a unos u otros modelos de estado de bienestar:

- Así, el modelo nórdico, el más universalista de los existentes, ha destacado por su carácter eminentemente público, tanto en la creación de servicios como en su gestión. En los últimos años, sin embargo, al amparo del derecho de elección de las personas usuarias, se ha observado cierta evolución hacia una mayor participación de las organizaciones no gubernamentales, y hacia una incipiente, aunque tímida, intervención de las entidades mercantiles en el sector de la prestación de servicios sociales.
- El denominado modelo Beveridge, vigente en Reino Unido y, en gran medida, en Irlanda –que condiciona la atribución de buen número de prestaciones al nivel de ingresos– fomenta la participación de los sectores privados, con y sin ánimo de lucro, en la prestación de los servicios. A pesar de que durante décadas el sector público era, en el ámbito local, un fuerte proveedor de servicios, el Reino Unido ha optado, a lo largo de los últimos quince años, por un sistema en el que el sector público deja de ser prestador directo de servicios, para centrar su actividad en la gestión del acceso a los servicios y en la concertación de servicios privados, sometidos a los correspondientes actos de autorización, homologación e inspección.
- En el modelo denominado de subsidiariedad, vigente en muchos países del centro y del norte de Europa (Alemania, Austria, Holanda) y en menor medida en Bélgica y Francia, el papel de las entidades privadas no lucrativas ha sido siempre predominante, contando para sus actividades con una muy importante financiación pública.

En el modelo mediterráneo, con frecuencia aludido en la literatura europea como de «solidaridad familiar», la participación de la red sociofamiliar de apoyo destaca más que en otros países, siendo la intervención desde el sector público, en términos generales, más reciente y menos desarrollada.

2.2.6. Las crisis de las políticas sociales en Europa

Entre finales de la década de los ochenta y comienzos de los noventa se produjo, en la mayoría de los países de Europa Occidental, un cambio nítido de

orientación en las políticas sociales y, en particular, en los sistemas de servicios sociales. Este cambio fue consecuencia de la crisis del modelo vigente hasta entonces, crisis que, en el discurso crítico del momento, se identificó con el fracaso del sector público para garantizar un sistema de atención social capaz de adecuarse a una situación de intensificación y renovación de las necesidades sociales, especialmente, para hacer frente al marcado aumento de las situaciones de exclusión asociadas a la inseguridad laboral y a la proliferación de situaciones de necesidad que no podían resolverse sólo con prestaciones económicas, sino que requerían la disponibilidad de servicios de atención personal y, en definitiva, para responder a la extensión de las necesidades al conjunto del espectro social, rebasando el núcleo de colectivos desfavorecidos que, tradicionalmente, habían constituido el sujeto de atención de los servicios sociales.

Ésta era una crisis tanto financiera –centrada en la dificultad de sostener económicamente la prestación pública de servicios sociales ante el creciente aumento de la demanda de servicios– como organizativa, determinada por la rigidez y los imperativos administrativos asociados a la prestación pública de servicios.

El problema esencial que las nuevas políticas debían resolver era ampliar la oferta de servicios sin que eso se tradujera en una presión excesiva en los costes. Esta necesidad entraba en contradicción con los límites presupuestarios y fiscales, pero también con la inercia de los modelos vigentes, de modo que se vio necesario encontrar nuevas fórmulas organizativas que hicieran viable la expansión del sistema.

Las demandas, a veces contradictorias, que más claramente determinaron el avance hacia esa reorganización fueron las siguientes:

- En primer lugar, se abogaba por una reducción de los gastos de funcionamiento del sistema y de los servicios integrados en él, mediante una utilización más eficiente, eficaz y racional de los recursos disponibles. Ésta era la necesidad que se percibía como más evidente e imperiosa en muchos países europeos y la que realmente legitimó el camino hacia la reorganización y la introducción de procesos tendentes a garantizar la eficacia y a reforzar los mecanismos de control y supervisión. Así, en algunos países, se recurrió a las directrices del «*new managerialism*», lo que se tradujo, tanto en el sector público como en el ámbito de las organizaciones privadas no lucrativas prestadoras de servicios sociales, en la utilización de nuevos procedimientos de evaluación de costes y resultados, importados de modelos de gestión propios del sector empresarial. Incluso en Noruega, se asistió a la introducción progresiva de la denominada «gestión por objetivos», que conllevó la aplicación de procedimientos de evaluación cuantitativos en un campo –el de los servicios sociales– tradicionalmente vinculado a la evaluación cualitativa. Este cambio de orientación no supuso en el país nórdico la privatización del sistema de prestación, pero sí una clara modificación de los principios de actuación y de regulación de los servicios

- públicos.
- Una segunda demanda era que la oferta de servicios sociales y la disponibilidad de fondos para la financiación de su prestación no quedaran totalmente sometidas a la discrecionalidad de las Administraciones públicas. En muchos países –la excepción más reseñable viene dada por los países escandinavos–, la red pública de servicios sociales no contaba con el protagonismo que posteriormente fue adquiriendo en el marco del sistema de protección social. La necesidad de extender su cobertura para dar respuesta a las crecientes necesidades requería la introducción de mecanismos destinados a garantizar la disponibilidad de servicios sociales y la equidad en el acceso a los mismos, y esto llevó a la definición de niveles mínimos obligatorios de prestación y al establecimiento de una serie de requisitos de acceso a los diferentes servicios.
 - Por último, se consideraba imprescindible el incremento de los recursos económicos destinados a la prestación de servicios sociales. En algunos países, esto condujo a la aparición de nuevos sistemas de financiación que contribuyeron decisivamente a la creación de un mercado privado de servicios sociales orientado a clientes con mayor poder adquisitivo, mediante la introducción de medidas destinadas a implicar e incentivar a operadores especializados del mercado (por ejemplo, compañías de seguros). En términos generales, se produjo un giro hacia lo que podría denominarse la «privatización de la financiación».

La reorganización necesaria para responder a estas demandas exigió redefinir los instrumentos y las fórmulas de regulación de las relaciones entre el sector público y el sector privado. Las medidas adoptadas en este contexto no obedecieron a un plan coherente y estructurado de reforma de los sistemas, sino más bien a un proceso de progresiva adaptación a los problemas y a las necesidades, a medida que iban configurándose como fundamentales en el ámbito de la política social y de los servicios sociales. En términos generales, puede decirse que la línea de reforma obedeció a las siguientes pautas:

- Por un lado, se modificaron los equilibrios existentes hasta entonces entre los diferentes sectores, destacando un progresivo incremento en la prestación de servicios desde el sector privado, tanto desde entidades mercantiles como desde organizaciones no lucrativas. Esta tendencia se observó en la mayoría de los países europeos, si bien con marcadas diferencias de intensidad y orientación. Su primer reflejo fue un aumento de la financiación pública de los servicios prestados por el tercer sector. El caso del Reino Unido fue el más evidente, aquél en el que la nueva orientación se hizo más explícita: así, al amparo de la *NHS and Community Care Act* de 1990, se obligó a las Administraciones locales a dedicar gran parte de los fon-

dos transferidos desde la Administración central a la financiación de servicios prestados por las entidades sin ánimo de lucro, lo que supuso, una merma radical del nivel de servicio prestado directamente desde el sector público y un fuerte incremento de la financiación pública al sostenimiento de las organizaciones del tercer sector (sobre todo en el área de los servicios para personas con discapacidad, y de los servicios de infancia y de juventud).

En paralelo a esta tendencia, las Administraciones públicas también incentivaron la creciente intervención de las entidades privadas mercantiles por la vía de los contratos públicos para la prestación de servicios. Así es como en el Reino Unido la intervención del sector mercantil en la atención residencial a mayores ha crecido enormemente en los últimos quince años, o como en Alemania las grandes compañías aseguradoras, muy activas ya en el ámbito sanitario, se han visto masivamente implicadas en la prestación de servicios en el marco del seguro de dependencia lanzado en 1995. En Francia también las entidades privadas han ido ganando terreno en asistencia domiciliaria, desafiando así el monopolio que hasta entonces tenían las organizaciones sin ánimo de lucro. Sólo en los países nórdicos se ha evitado este cambio, y el papel del sector mercantil es todavía hoy muy limitado.

Puede decirse que, en general, el aumento de la intervención del tercer sector y del sector mercantil en la prestación de servicios sociales no ha supuesto, excepto en el caso del Reino Unido, una merma significativa del nivel de prestación desde el sector público, ni tampoco recortes significativos del gasto público. Al contrario, en muchos países, este cambio ha coincidido con una intensificación de la intervención de lo público y con una ampliación o extensión de los programas de atención ya prestados desde este sector. El caso más representativo es el de Italia que, en el marco de la Ley de Servicios Sociales Personales de 2000, formalizó, simultáneamente, un incremento del gasto social público y un reforzamiento de la participación de las organizaciones no lucrativas en los programas de integración social y laboral. Otro caso claro es el de Alemania que, en el marco del seguro de dependencia, ha extendido el derecho subjetivo a los servicios sociales.

En síntesis, cabe decir que en el curso de la década se han simultaneado, en muchos países europeos, dos fenómenos paralelos: por un lado, la responsabilidad pública en la prestación de servicios se ha fortalecido hasta alcanzar mayores tasas de cobertura y, por otro, el tercer sector y el sector privado mercantil han participado cada vez más en el establecimiento de nuevos programas y en la ampliación y extensión de los programas ya existentes.

- Un segundo cambio de importancia fue la introducción de mecanismos de mercado en la regulación de las relaciones entre los diversos agentes que intervienen en el ámbito de los servicios sociales. En la literatura especializada en lengua inglesa este proceso se conoce con el

nombre de «*marketization*» que, a falta de un término más acertado, suele traducirse por *mercantilización*, a pesar de unas connotaciones negativas ausentes del término inglés. Esta realidad tuvo un impacto determinante en la gestión de la participación institucional.

2.2.7. Gestión de la participación institucional

En general, y en el plano teórico, se distinguen dos grandes modelos: la *mercantilización* orientada a la demanda y la *mercantilización* orientada a la oferta.

- a) *Mercantilización* orientada a la demanda. Este modelo parte de considerar la *mercantilización* como un proceso dirigido a reorientar la demanda de servicios. Se basa esencialmente en limitar la intervención pública, tanto en la financiación de los servicios como en su prestación, y en proceder, simultáneamente, a la adopción de medidas destinadas a incrementar la demanda de servicios sociales privados. La idea básica de este modelo es que, con el apoyo y los incentivos adecuados, la demanda puede reorientarse hacia la oferta privada, determinando así la creación de un mercado privado de servicios. La introducción de bonos o cheques-servicio o de desgravaciones fiscales asociadas a la contratación de servicios privados van en esa dirección.

Según sus defensores, este modelo permite superar las limitaciones propias del sistema tradicional de *welfare mix*, basado en la distinción entre las funciones de financiación –de responsabilidad pública– y las de prestación –en parte desarrollada por el sector público, pero también, en un grado creciente, por entidades privadas–: la introducción de las reglas de competencia propias del mercado en la financiación de los servicios evitaría que los esfuerzos realizados para garantizar la contención del gasto social público conllevaran necesariamente una reducción general en los niveles de prestación.

Son evidentes los posibles efectos negativos de esta estrategia en la redistribución. El paso de un régimen de colaboración o de «*partenariado*», en el que la prestación privada de servicios está fundamentalmente financiada con fondos públicos, a un sistema basado en la capacidad de las propias entidades prestadoras –ya sean mercantiles o no lucrativas– para obtener una parte sustancial de su financiación directamente en el mercado, conllevaría, con toda probabilidad, un progresivo abandono de servicios dirigidos a los colectivos más desfavorecidos en favor de servicios destinados a grupos con mayor poder adquisitivo, máxime si se tiene en cuenta que, en un modelo como éste, basado en los mecanismos de mercado, sería necesario eliminar cualquier medida ventajosa, de carácter fiscal o de otra naturaleza, tradicionalmente concedida a las entidades sin ánimo de lucro.

- b) *Mercantilización* orientada a la oferta. En el marco de este segundo enfoque, el sector público mantiene su responsabilidad en la financiación

del sistema de servicios sociales, pero modifica los mecanismos de regulación de las relaciones entre los diversos agentes que intervienen en la prestación de servicios. Desde este punto de vista, sólo afecta a la oferta de servicios. Su objetivo es introducir los mecanismos propios del mercado, no ya en la financiación de los servicios, como en el primer modelo, sino en la prestación de servicios y en los procedimientos que rigen la atribución de los fondos públicos a las entidades privadas prestadoras. La idea es que, dejando la prestación de servicios en manos de estas últimas, es posible mejorar la eficiencia y la eficacia de las políticas sociales públicas, garantizando también una mayor diversidad en la oferta. Todas las medidas consistentes en aumentar el número de contratos con entidades privadas para la prestación de servicios públicos, o en sostener el crecimiento de las entidades privadas prestadoras de servicios financiados en el marco de programas públicos, recaen dentro de este modelo.

Un enfoque de estas características conlleva la introducción de sistemas de gestión y de supervisión de costes y resultados propios del mercado:

- Así, la Gestión por Objetivos se ha ido introduciendo en Noruega, Francia y Alemania, tanto en las Administraciones públicas como en sus relaciones con los agentes privados, tengan o no ánimo de lucro. En este último caso, es decir en el caso de las entidades no lucrativas, la tendencia ha sido y es hacia el establecimiento de contratos en los que, por un lado, los componentes individuales de un servicio son considerados como productos específicos con un precio susceptible de ser comparado entre diferentes entidades prestadoras y, por otro, los servicios son prestados y los costes reembolsados atendiendo a criterios estrictos establecidos *ex ante*. En la práctica, esta pauta está llevando a la aparición de un fenómeno muy llamativo como es la adopción de fórmulas propias de la gestión mercantil por parte de las organizaciones no lucrativas.
- Otro fenómeno, observable en la mayoría de los países europeos, ha consistido en pasar progresivamente de un sistema basado en la concesión de subvenciones globales, que dejaba mayor libertad a las organizaciones sin ánimo de lucro para idear y organizar servicios innovadores de carácter experimental, a un sistema que podría calificarse de contractual entre el sector público y los agentes del tercer sector.
- Simultáneamente a esta mayor regulación o formalización de las relaciones con el tercer sector, se ha ido extendiendo la práctica del concurso para contratar servicios de responsabilidad pública con entidades privadas, pudiendo presentarse a los mismos tanto las entidades mercantiles como las organizaciones sin ánimo de lucro, pero en condiciones idénticas, es decir, quedando sujetas a las re-

glas de la competencia.

Este modelo de *mercantilización* orientada a la oferta es más continuista que el anterior, en la medida en que no rompe con la estructura tradicional de las políticas de servicios sociales, basada históricamente, en muchos países europeos, en un régimen de *partenariado* y de confianza mutua entre el Estado y las entidades privadas sin ánimo de lucro. La innovación está en el intento de transformar la naturaleza de esta relación orientándola hacia un modelo de intercambio en el que las Administraciones adoptan el papel de comprador de servicios prestados por las entidades privadas. Según sus defensores, esta estrategia debería permitir superar la falta de flexibilidad propia de la oferta pública, sin que necesariamente suponga una merma en el nivel de participación y de responsabilidad del sector público.

Con todo, también esta fórmula tiene sus puntos débiles:

- En primer lugar, no libera ningún tipo de financiación adicional a la de las Administraciones públicas y, desde esta perspectiva, aparece más como una estrategia de racionalización de los servicios y recursos existentes que como una fórmula capaz de garantizar la ampliación de la oferta.
- Es previsible, por otro lado, que la introducción de mecanismos de mercado inhiban la flexibilidad y la capacidad de innovación de las entidades privadas, por temor a mostrar menor eficacia y profesionalidad en la gestión de los servicios contratados. Desde esta óptica, a largo plazo, estas políticas podrían llevar a la paradójica situación de estar apoyando, desde el sector público, a entidades privadas que han ido perdiendo gradualmente todas aquellas características por las que precisamente fueron elegidas para sustituir a la prestación pública de servicios.

Las diferencias entre ambos modelos son importantes:

- Por un lado, los conceptos teóricos e ideológicos en los que se fundamentan son muy diferentes:
 - El modelo de *mercantilización* orientado a la demanda se basa en los valores del libre mercado y se ampara en el derecho de elección de la ciudadanía: la concesión de una prestación económica para la adquisición de servicios otorga a la persona usuaria la libertad de elegir.
 - El modelo de *mercantilización* orientado a la oferta se basa en la consideración de que los recursos privados pueden utilizarse en sintonía con el interés público. Su valor fundamental es la responsabilidad colectiva en la consecución del interés y del bien

común.

- En ambos casos también el papel de las Administraciones públicas varía:
 - En el modelo de *mercantilización* orientado a la demanda, el principal papel del sector público es salvaguardar el derecho de elección del individuo, mejorando su poder adquisitivo (mediante desgravaciones fiscales), concediéndole cheques-servicio y estableciendo normativas dirigidas a evitar la existencia de elementos que obstaculicen la aplicación de las reglas del libre mercado (por ejemplo, beneficios fiscales destinados a las entidades sin ánimo de lucro).
 - En el modelo de *mercantilización* orientado a la oferta, el papel de la Administración consiste en financiar directamente a las entidades prestadoras de servicios sociales y en ejercer su poder de regulación sobre ellas, definiendo estándares obligatorios de servicio y estableciendo criterios estrictos para la selección de las entidades susceptibles de recibir financiación pública.
- Una tercera diferencia se observa en el papel desempeñado por las entidades privadas prestadoras de servicios:
 - En el modelo orientado a la demanda, se recompensa la capacidad de las entidades privadas prestadoras de servicios para captar nuevos clientes y para adaptarse a la evolución de la demanda; desde este punto de vista, tiende a fomentar la innovación, aunque se expone al riesgo de que las entidades privadas abandonen a los sectores más desfavorecidos.
 - En el modelo orientado a la oferta se recompensa la capacidad de las entidades prestadoras de servicios para asumir responsabilidades colectivas y para compartir los objetivos perseguidos por la política social pública, pero presenta el riesgo de la dependencia económica de estas entidades con respecto a las Administraciones y, por lo tanto, el riesgo de que pierdan su autonomía y su capacidad de innovación.

En realidad, ninguno de estos dos modelos se aplica en términos estrictos en ningún país europeo. Más bien, tiende a desarrollarse una tercera vía, consistente en la utilización combinada de elementos de uno y otro sistema. Así, la idea del *quasi-market*⁶ se refiere a un sistema mixto en el que la libertad de elección de las personas usuarias coexiste con el objetivo de mantener un control directo sobre las entidades privadas prestadoras de servicios desde las Ad-

6 Propuesta por Le Grand (1990).

ministraciones públicas mediante el recurso a fórmulas de homologación: en otros términos, las personas acceden a una prestación económica o a beneficios fiscales para la contratación de servicios sociales privados, siempre que éstos hayan sido previamente homologados por la Administración. El caso más conocido es el del Seguro de Dependencia en Alemania que permite a las entidades privadas, mercantiles y sin ánimo de lucro, que reúnen determinados requisitos, competir en la prestación de servicios residenciales y de ayuda a domicilio, en el marco del sistema obligatorio de seguro. En Francia, el sistema de cheque-servicio o las desgravaciones fiscales asociadas a la contratación de determinados servicios sociales obedecen a esa misma estrategia, como también el sistema británico de pagos directos, destinado a las personas con discapacidad y a las personas mayores.

Esta evolución tiene un claro reflejo en las iniciativas desarrolladas a lo largo de la última década, en diferentes países europeos, tendentes a estructurar o reestructurar el marco de relaciones entre el sector público y las organizaciones sin ánimo de lucro, aunque deba señalarse que no afectan únicamente al ámbito de los servicios sociales:

- El Reino Unido es, sin duda, el país que se ha mostrado más activo en la introducción de nuevos instrumentos de ordenación de estas relaciones. Esta estrategia de actuación se inició en 1998, con el denominado «*Compact*», el acuerdo que rige, sin carácter de obligatoriedad, las relaciones entre las Administraciones públicas y el tercer sector «*en beneficio mutuo y de la comunidad*». Este compromiso establece los principios que, de común acuerdo, van a presidir esta colaboración, las actuaciones que van a desarrollar ambas partes, el compromiso del Gobierno de respetar la independencia del sector y los sistemas o dispositivos oportunos para facilitar y posibilitar su implementación. El acuerdo cuenta, para su puesta en marcha, con diversos Códigos de Buena Práctica, destacando entre ellos los referidos a la financiación, la consulta y la participación, y el voluntariado. Así mismo, se han desarrollado instrumentos para el establecimiento de acuerdos similares a nivel local. Con posterioridad, y con el objetivo de impulsar y fomentar la aplicación de ese acuerdo, se han desarrollado esfuerzos muy considerables de análisis, diagnóstico y propuesta, tanto desde el sector público como desde las propias organizaciones. El más destacable, «*The Role of the Voluntary and Community Sector in Service Delivery. A cross-cutting review*», elaborado por el Gobierno en el año 2002, presenta un plan de actuación para la mejora del marco de relación entre las Administraciones públicas y el tercer sector, con propuestas concretas y un calendario de implementación. En fechas más recientes, el ejecutivo británico ha publicado el informe «*Change Up. Capacity Building and Infrastructure Framework for the Voluntary and Community Sector*», que se presenta como una estrategia compartida para desarrollar, a lo largo de la próxima década, las estructuras de apoyo necesarias a las

organizaciones que intervienen en la prestación de servicios. Desde el tercer sector también se ha procedido a una profunda reflexión de la que son resultados destacables dos de los informes del Consejo Nacional de Voluntariado publicados en 2004: «*Standing apart, working together. A study of the myths and realities of voluntary and community sector independence*» y «*Voluntary action: meeting the challenges of the 21st century*».

- Otros países también se han mostrado activos en este terreno. Destacan así:
 - Irlanda, con la aprobación en el año 2002 del Libro Blanco sobre el marco de apoyo a la actividad voluntaria y de desarrollo de las relaciones entre el Estado y el tercer sector.
 - Francia, en donde, con ocasión del centenario de la Ley de Asociaciones de 1901, se estableció una Carta de compromisos recíprocos entre el Estado y las Asociaciones.
 - Dinamarca, en donde se ha promovido, desde el Gobierno, la aprobación de una Carta para la colaboración entre el sector asociativo y el sector público.
 - Holanda, con la aplicación de un Plan de Acción 2000-2002 sobre voluntariado.
 - España, en donde, se asistió, a partir de la Ley de Voluntariado de 1996, a numerosas innovaciones normativas de importancia, tanto a nivel estatal como autonómico, en relación con el derecho de asociación, con el derecho de fundaciones y con las fórmulas de relación entre las Administraciones públicas y el tercer sector, y en donde a partir de 1998, se inició un proceso de diálogo entre las organizaciones no lucrativas y el Gobierno Central que desemboca, un año más tarde, en un documento de «Propuestas para la mejora del tercer sector de ámbito social en España».

Obviando los detalles, puede decirse que las principales propuestas de actuación se dan, sin duda, en relación con los cauces institucionales de participación y con las fórmulas de financiación.

- *Participación.* Muchos países europeos han optado por crear cauces formales de participación del tercer sector en el diseño de las políticas públicas, mediante la creación de órganos mixtos integrados por representantes de las Administraciones Públicas y de las organizaciones sin ánimo de lucro. A título de ejemplo, ya desde 1983, existe en Dinamarca un Comité del Voluntariado, con la función principal de promover y fomentar su intervención en el ámbito de los servicios sociales; en Francia, desde ese mismo año, existe un Consejo Nacional para la Vida Asociativa; en Austria, el Consejo Austriaco para el Trabajo Vo-

- luntario; en Luxemburgo, el Alto Consejo del Voluntariado.
- *Financiación.* Uno de los principales problemas del tercer sector en todos los países europeos es, según indican la mayoría de los informes de situación consultados, la inestabilidad de la financiación. En este terreno, los organismos internacionales se han pronunciado en diversas ocasiones y, al amparo de estas propuestas, algunos países han avanzado ya sus opciones:
 - Francia lo ha hecho en el ámbito normativo. Ya en 1996, aprobó una Circular reguladora de los convenios-marco y, a finales de 2000, un nuevo texto referido a los convenios plurianuales. En la Carta de Compromisos Recíprocos del año 2001 alude también explícitamente a las modalidades de financiación pública plurianual. El texto más reciente, de diciembre de 2002, regula las subvenciones del Estado a las Asociaciones y establece, no sólo la obligatoriedad de inscribir las relaciones en el marco de un convenio cuando la cuantía supere 23.000 euros, sino también que el recurso a los convenios plurianuales tendrá preferencia sobre los convenios anuales, cuando el Estado desee garantizar la perdurabilidad de sus relaciones con una determinada asociación.
 - En el Reino Unido, la plurianualidad no se inscribe en el marco legal, pero aparece recogida entre las recomendaciones del Informe de situación al que se ha aludido anteriormente «*The Role of the Voluntary and Community Sector in Service Delivery*», con la peculiaridad de que no se refiere sólo a la financiación aportada por la Administración, sino también a la aportada por otras fuentes. Esta recomendación también aparece recogida en el Código de Buena Práctica sobre Financiación, desarrollado en el marco del Acuerdo para las Relaciones entre el Gobierno y el Sector voluntario y comunitario.
 - También Irlanda, en su Libro Blanco, propone recurrir a la plurianualidad: sin duda en el marco de los convenios de prestación de servicios sociales de responsabilidad pública, pero también cuando se trate de financiar proyectos de las propias asociaciones que se inscriban en el interés público, tanto con el fin de garantizar la estabilidad de sus organizaciones y para no mermar su capacidad de iniciativa, como para facilitar una mejor planificación de la utilización de los fondos públicos por parte de las Administraciones.

2.3. TENDENCIAS MÁS DESTACABLES EN LA ORIENTACIÓN DE LOS SERVICIOS

2.3.1. Reforzamiento de la atención comunitaria

Puede decirse que, en general, las dos últimas décadas han asistido en muchos de los países europeos con mayor tradición en servicios sociales a un

reforzamiento de la atención comunitaria.

El fenómeno es quizá más conocido con referencia al Reino Unido, debido probablemente, en parte, a su abundante literatura especializada y, sin duda, también a una serie de libros blancos y de textos normativos que supusieron una verdadera innovación en la materia⁷.

Pero es también la filosofía imperante en otros países europeos, en particular en los países del norte. Resulta muy significativo el caso de Dinamarca que, en 1987 y en aplicación de esta filosofía, basó su política de atención a las personas mayores dependientes en el principio de que el tipo de alojamiento no debía determinar el acceso a unos u otros tipos de cuidados y optó por prohibir la construcción de residencias asistidas y por fomentar, en contrapartida, la construcción de fórmulas de vivienda más idóneas para garantizar la permanencia en el entorno de vida habitual.

2.3.2. Modelos de atención integral e individualizada

Se observa una progresiva tendencia a proponer y organizar modelos de atención integral, de intervención conjunta desde diversos ámbitos de la protección social. Esta fórmula, aplicable en todos los ámbitos de los servicios sociales, y en colaboración con las más diversas áreas de actuación de la protección social –la sanidad, la educación, la vivienda, u otras– parece estar desarrollándose con mayor intensidad y rapidez en la atención a la dependencia, y se caracteriza por la organización de la respuesta a las necesidades individuales de la persona atendida, desde una perspectiva multidisciplinar, en el marco de un continuo de servicios flexible y adaptable a la variabilidad de dichas necesidades.

2.3.3. Conciliación de responsabilidades familiares y profesionales

Las políticas de conciliación de responsabilidades familiares y profesionales han adquirido en la última década un protagonismo innegable en toda Europa. Se debe, en parte, sin duda, a que constituyen una condición necesaria al sostenimiento de la red sociofamiliar de apoyo como elemento esencial en la atención a los niños y a las niñas y a las personas dependientes, pero también a que las políticas públicas tienden progresivamente a construirse teniendo presentes los derechos de la ciudadanía, en este caso, el derecho de elección entre diversas alternativas y el derecho a ejercer, sin que eso les fuerce a una doble jornada de trabajo, unas funciones de educación y de atención con respecto a familiares dependientes que muchas personas perciben como legítimo. Esto ha llevado a la adopción, en la inmensa mayoría de los países europeos, de medidas de apoyo de diversa naturaleza: incentivos económicos para favorecer la aplicación de medidas laborales de reducción de jornada o de excedencia para el cuidado de los hijos/as, medidas de apoyo a los cuidadores de familiares de-

⁷ Destacan el Libro Blanco «*Caring for people. Community care in the next decade and beyond*» publicado en 1989 y la Ley de Atención Comunitaria, «*National Health Service and Community Care Act*» de 1990.

pendientes (aunque menos extendidas que las primeras) y beneficios fiscales de diversa índole. Estas iniciativas constituyen un apoyo esencial a la red informal de atención, lo cual incide, sin duda, en el nivel y en las modalidades de utilización de los servicios sociales.

2.3.4. Previsiones específicas en materia de atención a la dependencia de las personas mayores

Las dimensiones alcanzadas por el fenómeno de la dependencia de las personas mayores durante los últimos años han determinado su incorporación al debate político y social de la mayoría de los países occidentales.

Ante esta preocupación compartida, muchos países de la Unión Europea han articulado diversas fórmulas o mecanismos de respuesta, condicionados por el marco protector preexistente, dando como resultado un panorama internacional heterogéneo.

Entre los países de la Unión Europea existen tres modelos fundamentales de protección social de la dependencia:

- Sistema público de tipo universal financiado mayoritariamente por impuestos: países escandinavos y Holanda. Estos países han integrado la atención a la dependencia en los dispositivos de salud pública y de servicios sociales.
 - Los países escandinavos experimentaron antes que los demás el envejecimiento demográfico y los cambios en los modelos de familia y en el rol social de la mujer. Las formas tradicionales de cuidado informal no se podían mantener por más tiempo y se optó por invertir en servicios, sobre todo en servicios comunitarios. Actualmente el acceso a los servicios médicos y sociales (residencias, viviendas tuteladas, atención domiciliaria...) es universal y gratuito o con una tarifa moderada. La financiación se realiza a través de impuestos.
La mayor parte de los servicios para personas mayores y personas con discapacidad dependen del Municipio. Las personas que necesitan una ayuda o cuidados tienen derecho a una asistencia por parte de su Municipio. Esta asistencia no depende de un seguro ni del nivel de ingresos o fortuna personal de la persona con necesidad.
 - El modelo holandés, globalmente considerado, es similar al escandinavo; la atención a la dependencia es de carácter universal y está integrada en el sistema nacional de salud; sin embargo, a diferencia del modelo escandinavo, funciona a través de un seguro (sanitario) garante de la prestación de los servicios que cubren el riesgo de dependencia.
En 1968 entró en vigor en Holanda la Ley de Gastos Médicos Extraordinarios (LGME) con el fin de regular un seguro obligatorio que cu-

briese todos los gastos asociados con los cuidados de larga duración o de alto coste; actualmente la LGME da derecho a cuidados preventivos, a tratamiento médico, a residencia, a cuidados y servicios de rehabilitación y a servicios sociales. Las prestaciones son en especie y, concretamente en el caso de las personas mayores, se trata de centros de cuidados de larga duración, residencias para personas mayores, centros de día, servicios de asistencia domiciliaria (ayuda doméstica y cuidados personales) y de enfermería a domicilio.

Estos servicios se ofrecen a todas las personas dependientes cualquiera que sea su nivel económico; los usuarios aportan una contribución personal proporcional a sus ingresos con una cantidad máxima fijada anualmente por el Ministerio de Sanidad.

Los programas regulados por la LGME son financiados en parte por el Fondo del Seguro Sanitario, alimentado a su vez por las cotizaciones de los trabajadores asalariados y de los empresarios, y en parte, por transferencias que provienen de los Presupuestos Generales del Estado.

- Sistema público universal financiado y gestionado en el marco de la Seguridad Social en el que la dependencia se reconoce como un nuevo «riesgo social»: Alemania, Austria y Luxemburgo.

Estos países han optado por crear una rama específica, dentro de la Seguridad Social, para dar respuesta a la situación de dependencia. Se trata de un seguro obligatorio, similar al seguro por enfermedad. Sin embargo, a diferencia de éste, no garantiza una cobertura completa sino que se dirige a las personas más dependientes y establece, para la prestación, una cuantía económica máxima.

La prestación por dependencia puede ser en especie (servicio de asistencia domiciliaria, centro de día o de noche, ingreso temporal en una residencia), en metálico, con el fin de financiar un servicio formal o informal de atención en el domicilio, o un servicio residencial, y se puede optar asimismo por una combinación entre prestación en especie y en metálico.

Se considera que necesitan cuidados aquellas personas que, debido a una enfermedad física, mental o psíquica, o a una discapacidad, requieren con carácter habitual la ayuda de otra persona para realizar los actos habituales y básicos de la vida cotidiana. Se distinguen tres grados de asistencia, en función de la frecuencia con la que deben prestarse los cuidados.

La financiación del seguro de dependencia se realiza a través de la aportación de los trabajadores, empresarios y pensionistas. La administración corre a cargo de las cajas del seguro de dependencia, que son legalmente autónomas e independientes, pero que están integradas en las cajas del seguro de enfermedad y son dirigidas y administradas por el personal de estas cajas. El seguro de dependencia care-

- ce, por tanto, de burocracia propia.
- Sistema Público financiado y gestionado mayoritariamente en el marco de la Asistencia Social: Francia y Países Mediterráneos.

En esta categoría se pueden distinguir dos grupos de países; por una parte, Francia, que es un ejemplo de prestación por dependencia pero, básicamente, en el ámbito de la Asistencia Social, y por otra, los países del sur de Europa.

En Francia, en 1997 se aprobó la primera Ley sobre la dependencia que regulaba la Prestación Específica por Dependencia (PSD); posteriormente amplió su cobertura y cambió su inicial denominación por la de Ayuda Personalizada para la Autonomía (APA).

La prestación se dirige a las personas dependientes que han sido evaluadas y clasificadas en cuatro grupos según la gravedad de sus problemas. Para cada grupo se define un plan de ayuda máximo que los beneficiarios pueden utilizar total o parcialmente, en función de cada situación particular.

La financiación es compartida por los Departamentos (en su mayor parte) y el Fondo de la Prestación de Autonomía, que a su vez tiene dos fuentes de financiación: la Contribución Social Generalizada a la Seguridad Social y la contribución de los diferentes regímenes obligatorios de seguro de vejez. La gestión se realiza a nivel departamental a fin de garantizar un tratamiento de proximidad.

Por último, los países del sur de Europa –dejando aparte el muy particular caso de España que no se incluye en este análisis– abordan la protección de la dependencia sin instrumentos específicos. La Administración atiende a la dependencia, principalmente, a través del sistema de pensiones contributivas y no contributivas (invalidez y ayuda de tercera persona) y de determinadas prestaciones en el marco de los servicios sociales: atención a domicilio, teleasistencia, centros de día, centros residenciales, subvenciones para compra de ayudas técnicas, para adaptación de vivienda y medios de transporte, etc. La atención no es universal sino que se dirige sólo a quienes acrediten encontrarse en una situación de insuficiencia de recursos. En estos países las prestaciones contributivas son financiadas por la Seguridad Social, y los servicios por transferencias del Estado o por los propios presupuestos de las Regiones y Ayuntamientos (como en el caso de Italia).

2.4. TENDENCIAS MÁS DESTACABLES DESDE LA PERSPECTIVA JURÍDICA

2.4.1. Protección de los derechos de las personas usuarias

El desarrollo de los sistemas de servicios sociales está llevando al afianzamiento de la noción de derechos de las personas usuarias –totalmente impensable en nuestro contexto hace apenas unos años– y al establecimiento de fórmulas

diversas cuya finalidad última es la protección y defensa de estos derechos:

- *Reconocimiento formal de los derechos de las personas usuarias, asociado a procedimientos de protección y defensa.* El ejemplo más significativo es el de Finlandia en donde, desde el año 2001, está en vigor la Ley reguladora del Estatus y de los Derechos de las Personas Usuarías. En Suecia, en Dinamarca y en el Reino Unido los servicios y centros tienen la obligación de disponer de una declaración de principios y de objetivos que debe contener una relación explícita de los derechos de las personas usuarias.

Este reconocimiento formal de derecho va, habitualmente, asociado a sistemas de protección y defensa, a saber, procedimientos administrativos de sugerencia, queja y reclamación, o incluso procedimientos judiciales. También pueden quedar amparados mediante la designación de figuras cuya función es defender los derechos de las personas usuarias; es el caso del *Ombudsman* de Servicios Sociales en Finlandia, o del Supervisor Local de Servicios Sociales en Dinamarca.

- *Adopción de normativas anti-discriminación, ya sean de carácter general (como es el caso en Dinamarca, Irlanda o Reino Unido), ya de carácter específico, bien por el sujeto (las personas con discapacidad), bien por la materia (el acceso al empleo), bien por ambos, como es el caso en Francia o en Suecia.*
- *Adopción de medidas de acción positiva, totalmente compatibles con la existencia de normativas anti-discriminación.*

2.4.2. Garantía de prestación

Como se ha visto en los apartados 2.3. y 2.4., dedicados respectivamente a la descripción de las líneas básicas de la distribución competencial y a la de la financiación, los Estados tienden a utilizar mecanismos de diversa naturaleza dirigidos a garantizar niveles mínimos obligatorios de prestación en el conjunto del territorio, a fin de evitar excesivos desequilibrios territoriales.

2.4.3. Sistemas de garantía de la calidad de los servicios

En la actualidad, en el ámbito de los servicios sociales, los países más desarrollados tienden a combinar diferentes instrumentos dirigidos a garantizar la calidad de los servicios prestados en el marco de los servicios sociales:

- Por un lado, se aplican instrumentos cuya función es garantizar unos estándares mínimos en los servicios. En esta categoría se incluyen las normativas reguladoras de los requisitos materiales, funcionales y de personas, y los sistemas de autorización, homologación e inspección dirigidos a verificar su cumplimiento.
- Por otro, se promueve la aplicación de modelos de evaluación cualitativa y de mejora continua de la calidad.

2.5. TENDENCIAS MÁS DESTACABLES EN EL ÁMBITO DE LAS PRESTACIONES ECONÓMICAS

No es posible, en el marco de este informe, proceder a la descripción completa de los sistemas de prestaciones económicas vigentes en los diferentes países europeos, pero sí a una selección de medidas particularmente destacables en unas u otras áreas de atención en los diferentes países.

2.5.1. Prestaciones de apoyo a la familia

En el ámbito de las prestaciones económicas de apoyo a la familia, destacan, al margen de los afianzados sistemas de prestaciones por maternidad y prestaciones por hijo o hija a cargo ya conocidos, nuevas fórmulas de apoyo económico a las familias que tienen a su cargo a un familiar adulto dependiente.

Algunos países europeos han introducido medidas específicamente destinadas a promover la participación de las familias en los cuidados de las personas mayores dependientes y, en cierta medida, a reducir la demanda de servicios sociales. Se trata, en líneas generales, de ayudas que cumplen el doble objetivo de responder a las aspiraciones de los familiares de responsabilizarse directamente de los cuidados y, simultáneamente, abaratar los costes de la atención. Existen prestaciones de esta naturaleza en diversos países europeos, como es el caso de Finlandia, Irlanda, Luxemburgo, Reino Unido o Suecia.

2.5.2. Prestaciones económicas de garantía mínima de ingresos

Todos los países de la Unión Europea disponen de prestaciones económicas de garantía mínima de ingresos, subsidiarias de las prestaciones del sistema contributivo. Sin entrar en las marcadas diferencias existentes entre unos y otros sistemas, más comúnmente analizadas en la literatura especializada, interesa destacar aquí la aparición, en los últimos años, de modalidades diferentes de prestación destinadas a las personas que trabajan o tendrían la posibilidad de incorporarse al mercado de trabajo con un salario bajo. Estas fórmulas han surgido ante la inadecuación de los sistemas de renta básica, y de los estímulos al empleo que se les asocian, a la particular situación de las personas que tienen contactos intermitentes con el mercado laboral o que tienen rentas de trabajo muy bajas. Un ejemplo significativo es el *Working Families Tax Credit* vigente en el Reino Unido.

2.5.3. Prestaciones económicas destinadas a la adquisición de servicios

En los últimos años se observa el progresivo desarrollo, en diferentes países, de fórmulas consistentes en otorgar a la persona una prestación económica para la adquisición de servicios, en lugar de prestar directamente o gestionar desde los servicios sociales públicos el acceso de la persona usuaria a un servicio privado concertado. Así se observa el desarrollo de este sistema de funcio-

namiento en el Reino Unido con los denominados «*direct payments*» o en Francia o Alemania con el denominado cheque-servicio.

Si bien, en algunos ámbitos, estas fórmulas –cuya aplicación no se limita al ámbito de los servicios sociales– se han presentado como una vía de prestación más acorde con los principios de libertad individual, autodeterminación, y elección, y así se ha defendido desde diversas organizaciones de usuarios (en particular, organizaciones de usuarios con discapacidad al comienzo del proceso), no deja de constituir un riesgo de desvinculación del sistema de la responsabilidad pública, en la medida en que al delegarse la responsabilidad de buscar un servicio en el propio usuario, los servicios sociales públicos dejan de tenerla, lo cual, en cierta medida, significa también que dejan de tener la responsabilidad de garantizar el acceso efectivo a los servicios.

* * * * *

Estos apuntes sobre las orientaciones más marcadas en Europa occidental, ilustradas con la experiencia de algunos países de gran tradición en el ámbito de la protección social y de los servicios sociales, no pueden pretender ofrecer una visión completa y ajustada de las muy diversas y cambiantes realidades que conviven en el marco de la Unión Europea, máxime tras las incorporaciones, en los últimos años, de nuevos países miembros en su marco territorial e institucional. Tal vez sí pueda, en cambio, orientar sobre la evolución general de los sistemas y sobre las diferentes vías o alternativas de actuación que los estados de bienestar pueden asumir ante situaciones de crisis determinadas por el crecimiento de las necesidades.

BIBLIOGRAFÍA

Panorama internacional

- André, C. (2001). *Les reformes de l'état social dans l'Union Européenne depuis vingt ans: de grandes orientations comunes mais encadrées par les configurations nationales*. Paris.
- Anheier, H.K. (2001). *Social services in Europe. An annotated bibliography*. Observatory for the development of social services in Europe. Frankfurt.
- Bahle, T. (2003). *The changing institutionalisation of social services in England and Wales, France and Germany: is the welfare state on the retreat?* Journal of European Social Policy, vol. 13 (1), pp. 5-20. London.
- Baines, D. (2004). *Pro-market, non-market: the dual nature of organizational change in social services delivery*. Critical Social Policy, Vol. 24-1, pp. 5-29. London.
- Bambra, C. (2005). *Cash versus services: «worlds of welfare» and the decommmodification of cash benefits and health care services*. Journal of Social Policy, nº 34, 2, pp. 195-213. Cambridge.
- Bonoli, G. y Powell, M. (2002). *Third ways in Europe?* Social Policy and Society, 1:1, pp. 59-66. London.
- Castles, F.G. (2002). *The European social policy model: progress since the early 1980s*. European Journal of Social Security, Vol.3-4, pp. 299-313. Netherlands.
- Clasen, J. (2002). *Modern Social Democracy and European Welfare State Reform*. Social Policy and Society, 1, 1. Cambridge University Press. Cambridge.
- Comisión Europea. *Una estrategia concertada para modernizar la protección social*. COM (1999) 347. Bruselas.
- Comisión Europea. Dirección General de Empleo y Asuntos Sociales (2002). *La protection Sociale en Europe 2001*. Oficina de las publicaciones oficiales de las Comunidades Europeas. Luxemburgo.
- Comité Européen pour la Cohésion Sociale (2004). *Stratégie de cohésion sociale révisée*. Conseil de l'Europe. Strasbourg.
- Esping-Andersen, G. (1990). *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Policy Press. Cambridge.
- Esping-Andersen, G., Gallie D., Hemerick, A. y Myles, J. (2002). *A new welfare architecture for Europe?* Revue Belge de Sécurité Sociale, nº 3, 3^{ème} trimestre. Bruxelles.
- Evers, A. (2004). *Current strands in debating user involvement in social services*. Council of Europe. Strasbourg.
- Glennerster, H. (2003). *Understanding the finance of welfare. What welfare costs and how to pay for it*. Bristol.
- Kasza, G.J. (2002). *The illusion of welfare regimes*. Journal of Social Policy, Vol. 31, 2, 271-287. Cambridge.
- Munday, B. (2001). *European social services. A map of characteristics and trends*. Report to the Council of Europe.
- Pfening, A.; Bahle, T. (2000). *Families and family policies in Europe. Comparative perspectives*. Frankfurt.
- SIIS Centro de Documentación y Estudios (1999). *Políticas de inserción laboral en Europa*. Informe elaborado para la Dirección de Bienestar Social del Gobierno Vasco.
- SIIS Centro de Documentación y Estudios (2006). *El sector no lucrativo en el ámbito de la acción social en Álava*. Diputación Foral de Álava. Vitoria-Gasteiz.

- Strobel, P. ed. (2003). *L'état providence nordique. Ajustements, transformations au cours des années quatre-vingt-dix*. Revue Française des Affaires Sociales, n° 4, n° especial monográfico. Paris.
- Taylor-Gooby, P. (2001). *Sustaining state welfare in hard times: who will foot the bill?* Journal of European Social Policy, N°11:2., pp. 133-147. London.
- Vaarama, M.; Pieper, R. Ed. (2005). *Managing integrated care for older persons. European perspectives and good practices*. Saarijärvi.
- Wildeboer Schut, J.M.; Vrooman, J.C.; de Beer, P.T. (2001). *On Worlds of Welfare. Institutions and their effects in eleven welfare states*. Social and Cultural Planning Office. The Hague.

Reino Unido

- Departament of Health (2001). *Strong Local Leadership - Quality Public Services*. Londres.
- Clark, H.; Dyer, S.; Horwood, J. (1998). *That bit of help. The high value of low level preventative services for older people*. Community care into practice series. Joseph Rowntre Foundation. Bristol: The Policy Press.
- Daly, M. (2002). *Care as a good for social policy*. Journal of Social Policy, 31, 2, pp. 251-270. Cambridge.
- Daly, M. y Lewis, J. (2000). *The concept of social care and the analysis of contemporary welfare states*. British Journal of Sociology, Vol. 51, n°2, pp. 281-298. London.
- Easterbrook, L. (2003). *Moving on from Community Care. The treatment, care and support of older people in England*. Age Concern Care professional handbook series. London.
- Glendinning, C. y otros. (2000). *Buying independence. Using direct payments to integrate health and social services*. Policy Press. Bristol.
- Hill, M. (2000). *Local authority social services*. Blackwell publishers. Oxford.
- Hudson, B. ed. (2000). *The changing role of social care*. Research highlights in social work 37. School of Applied Social Studies. Aberdeen.
- Powell, M. y Boyne, G. (2001). *The spatial strategy of equality and the spatial division of welfare*. Journal of Social Policy and Administration. Vol. 35, n°2, pp.181-194. Oxford.
- Simms, M. (2003). *Opening the black box of rationing care in later life. The case of community care in Britain*. Journal of Aging and Health, Vol. 15, n°4, pp. 713-737.

Dinamarca

- Ministry of Social Affairs (2002). *Social Policy in Denmark*. Copenhagen.
- Ministry of the Interior and Health (2002). *Municipalities and Counties in Denmark. Tasks and finance*. Copenhagen.
- Sipilä, J. (1997). *Social Care Services: The key to the Scandinavian Welfare Model*. Ashgate. Aldershot.

Francia

- Gheballi-Bailly, M. (2002). *Les institutions sociales. Les centres communaux d'action sociale*. Revue de droit sanitaire et social, vol. 38, n° 2.
- Dictionnaire Permanent d'Action Sociale*. Editions legislatives, 2005.

Suecia

- Ministry of Health and Social Affairs (2001). *Policy for the elderly*. Fact sheet n° 4, March. Stockholm.

- Ministry of Health and Social Affairs (2000). *Action plan strengthens successful alcohol policy*. Fact sheet nº12, October. Stockholm.
- Ministry of Health and Social Affairs (2003). *Swedish family policy*. Fact sheet nº14, September. Stockholm.
- Ministry of Health and Social Affairs (2003). *Disability policy in Sweden*. Information sheet to mark the European Year of People with Disabilities. Stockholm.
- Sipilä, J. (1997). *Social Care Services: The key to the Scandinavian Welfare Model*. Ashgate. Aldershot.
- Socialstyrelsen (2000). *Social services in Sweden*. National Board of Health and Welfare. Stockholm.
- Socialstyrelsen. *Social services in Sweden. An overview 2003*. National Board of Health and Welfare. Stockholm.

3. MEDIDAS Y PROYECTOS DE LA UNIÓN EUROPEA INCIDENTES EN LOS SERVICIOS SOCIALES

Miguel Vte. Segarra

Secretario General de la Federación de Servicios y Administraciones Públicas de CC.OO.

INTRODUCCIÓN

Esta presentación es fruto de un estudio encargado por la FSESP (Federación Sindical Europea de Servicios Públicos), basado en dos informes, uno elaborado en el año 1998 por Frances Rickford «*Vivir solidariamente: La política de la Federación Europea. Servicios Públicos para los servicios sociales en Europa*», primera aproximación en la que se hacía una definición desde el punto de vista sindical de cuáles eran las tendencias existentes en Europa, y en un segundo informe encargado a la Unidad Internacional de Investigación de los Servicios Públicos (PSIRU), entidad de investigación perteneciente a la Universidad de Greenwich, que nos elaboró un trabajo denominado «*Evolución de las Políticas de Atención en Europa*», realizado por Jane Lethbridge. El estudio aborda cuáles son las tendencias que se dan en toda Europa, tanto en la Unión Europea como en la Europa oriental. Se hace un análisis de tres sectores dentro de los servicios sociales:

1. Los servicios para la tercera edad.
2. Las dependencias.
3. La atención a menores, centrándose en lo que en España podrían ser las escuelas infantiles.

Asimismo, se hace un análisis de la situación a nivel general, para pasar posteriormente a ver las repercusiones con respecto a los trabajadores y profesionales, evidentemente desde el punto de vista de un sindicato europeo.

3.1. HECHOS PRINCIPALES OBSERVADOS

En estos momentos existe una transformación importante de los servicios sociales en Europa. Estos cambios tienen que ver, sobre todo, con la aten-

ción a las personas mayores que ejercen una demanda importante de estos servicios. Se han producido unas transformaciones que tienen que ver con la transferencia de servicios desde el ámbito del sector público al sector privado, concertado o el voluntariado; las administraciones locales, fundamentalmente los ayuntamientos, han sido las que han estado asumiendo la puesta en marcha y adquisición de estos servicios, independientemente de la provisión y financiación. Han aparecido nuevas modalidades, como las ayudas económicas a los usuarios, que algunos han denominado «cheque usuario», generando una situación de absoluta inseguridad a los profesionales de los servicios públicos, puesto que se está trabajando con la oferta y la demanda en determinado tipo de servicios que no siempre pueden funcionar con las reglas del mercado; así mismo, todo el sector de atención de ayuda a domicilio que se está profesionalizando y que, en un primer momento, se dedicaba a la mera limpieza y a hacer las labores principales del hogar.

En cuanto a las empresas que funcionan en estos ámbitos, sólo un pequeño grupo de grandes empresas trabajan en este sector –posteriormente explicaré cuales son las 5 ó 6 multinacionales que trabajan en estos contenidos–. Existe una gran cantidad de pequeñas empresas, de cooperativas, que no se están extendiendo por el espacio a nivel europeo como consecuencia de la implantación de esas grandes firmas, que tienen mucho que ver con multinacionales de asistencia sanitaria. En estos sectores en especial, y en el sector de servicios de atención a la infancia, ha existido un desarrollo que ha ido derivando estos servicios hacia modelos de políticas de empleo, participación de mujeres, familias monoparentales en el mercado de trabajo, con lo cual han ido derivando hacia lo que es el ámbito educativo y desgajándolos de los servicios sociales. La provisión privada la asumen pequeñas empresas. En Europa central y oriental existen programas que acaban de aparecer en el entorno institucional y muy relacionados con los gobiernos, con problemas bastantes graves, ya que se están utilizando camas de la red sanitaria de cuidados para agudos, para ser ocupadas por personas mayores. Son siempre de titularidad pública, y se están introduciendo fuertemente las compañías de seguros con los diversos tipos de seguros de larga duración. En ese sentido, lo que nos marcamos en la Federación Sindical Europea de Servicios Públicos era, en primer lugar, analizar la participación del sector privado en el tema de las externalizaciones que se planteaban en la prestación de servicios sociales. ¿Con qué objetivos?

1. Presentar una descripción de las tendencias que se estaban dando en todo el sector de atención social.
2. Analizar la organización en cada uno de los países y qué sistema de financiación tenían.
3. Proporcionar una descripción de la política europea.
4. Determinar qué compañías multinacionales trabajaban en este sector.

Esto ha sido bastante complicado porque, en primer lugar, hubo que tratar de unificar la terminología que en cada uno de los países se utilizaba.

¿Qué corrientes se están produciendo en el sector europeo? ¿Qué corrientes existen para la atención a estos tres colectivos de personas mayores, atención domiciliaria y menores? Primero analizaremos la financiación y la provisión en cada uno de estos sectores.

3.2. LA FINANCIACIÓN. TENDENCIAS

En la mayoría de los casos se ha dado en base a impuestos. Nosotros, a la hora de dibujar lo que es el sistema, los sistemas, de bienestar, estamos tratando de separar lo que son las fuentes de financiación universales de las modalidades contributivas. Lo habitual es que en la mayoría de los países la financiación de estos servicios se dé a través de los impuestos.

Existen diferentes corrientes en el marco europeo. En los países de la Europa occidental hay una larga tradición, mientras que en los países de la Europa central y oriental están empezando a adaptarse ahora, debido, sobre todo, al incremento de la demanda de los colectivos de personas mayores. En ese sentido, existen unas estrategias nacionales de financiación y provisión de los servicios de atención social bastante diferentes, la mayoría con un sistema de financiación impositiva, que contrasta con esos nuevos regímenes de seguro de larga dependencia o sistemas de copago: una parte la paga el usuario y otra parte la Administración. Aun cuando se ha transferido la gestión de los servicios del sector público al privado y voluntario, son las administraciones municipales y locales las que asumen las responsabilidades de adquisición y puesta en marcha de los servicios. Asimismo, han disminuido en gran medida, en no pocos países, las plazas asistenciales, dado que la tendencia es que la persona mayor se quede en su hogar, que permanezca el mayor tiempo posible en su entorno, lo que favorece un concepto que se está introduciendo sobre todo en la Europa occidental que es el desarrollo de la vida asistida en casa. Esto, además, produce un cambio en los modelos antiguos de residencias de válidos y asistidos. La nueva modalidad financiera que ha surgido ahora con la compra de servicios para sus necesidades individuales de atención, ha producido unos efectos perversos en el personal y en la calidad del servicio, así como una notable inseguridad laboral y económica en los profesionales.

Los servicios de atención a la infancia mantienen una línea de desarrollo algo distinta a la trayectoria de los clásicos servicios familiares. La revisión de la atención infantil tiene hoy más que ver con la política de empleo, participación de mujeres y, dependiendo del país, las ayudas oficiales a la atención a la infancia se dispensan a través de una provisión directa de servicios o de una prestación privada y voluntaria. En algunos países, la integración de los programas de atención a la infancia en los servicios educativos está contribuyendo a mejorar la situación de los profesionales y la calidad de la prestación.

3.3. LA PROVISIÓN

Con respecto a los métodos de provisión de los servicios sociales de la Europa occidental, la reforma de los regímenes de atención a la tercera edad, servicios para personas con problemas de salud mental, personas con discapacidad física o de aprendizaje, ha tenido un impacto en los sistemas de financiación. Una igualación importante del papel de los gobiernos en la prestación de la atención social:

- El cambio del rol gubernamental
- Puesta en servicio por parte de las autoridades municipales
- Una introducción de unos principios de empresa en el sector público
- Se ha introducido un tema, desde mi punto de vista muy negativo, que son los mercados internos competitivos¹.

El papel de la Administración, en cuanto a la provisión directa de la asistencia social, está disminuyendo en muchos países; ha variado sobre todo en la prestación de servicios sociales, aun cuando se han financiado con cargo al presupuesto público. Cada vez se hacen más cargo el sector privado y el sector sin ánimo de lucro. Por ejemplo, en el Reino Unido la Ley de atención comunitaria del año 1992 promueve una subcontratación a proveedores privados por parte de los gobiernos locales, separando las funciones de compra y provisión de los entes locales. En un principio, se produjo una expansión importantísima del sector residencial y privado de asistencia social y un cierto grado de transferencia de la provisión de los centros públicos a los centros residenciales privados. Los datos entre 1997 y 2002 nos demostraron que la provisión directa de camas en centros con personal de la Administración local bajó de un 24% a un 14%. El número total de personas en centros residenciales, residencias sociosanitarias dotadas con personal del sector público, privado o sin ánimo de lucro, ascendió de 236.335 personas a 259.490 en el año 2002. Paralela a esa transferencia de servicios de atención domiciliaria en la Administración local, hubo una disminución real de un 30% en la cantidad de horas que se prestaba. Otro dato a reseñar fue el retroceso del número de hogares que recibieron atención domiciliaria, que contrastaba con el incremento de las horas dedicadas a la atención, lo que se podría interpretar como que se estaban priorizando efectivamente las necesidades de algunas personas más necesitadas, pero por una cuestión absolutamente economicista.

¹ Los mercados internos competitivos fueron los que trató de introducir Margaret Thatcher en el sistema de salud británico, en el que cada hospital funcionaba en base a un presupuesto, de forma que existía una competencia entre hospitales para llevarse a los «clientes» o enfermos. Cada hospital tenía un presupuesto cerrado y podía quitarle pacientes a otro, es decir, ningún hospital quería crónicos, personas con enfermedades de larga duración, infecciosos, lo que introdujo unos efectos bastante perversos en el modelo de asistencia sanitaria, un modelo que viene de la época de los primeros informes de lord Beveridge, que dieron lugar en el Reino Unido al Sistema Nacional de Salud y al Sistema de Seguridad Social contributivo.

En Suecia, la plena responsabilidad de la asistencia sociosanitaria se trasladó en 1992 de los Consejos de los Condados a los municipios. Estas reformas, conocidas como reformas ADEL, han provocado también la expansión de la oferta privada con la subcontratación de actuaciones asistenciales de larga duración, servicios de atención domiciliaria y servicios de comidas y transporte. El volumen total de camas en residencias sociosanitarias ha descendido desde 1992. Tras las reformas ADEL, las 32.000 camas de 1992 se transfirieron al sector social y a los municipios², registrándose algunos traslados del sector público a los sectores privado y sin ánimo de lucro. Una encuesta que llevó a cabo el sindicato finlandés KTV en Suecia apunta a que la privatización se ha formalizado mediante licitación competitiva, convirtiendo las operaciones públicas en compañías de capital público y utilizando el modelo de cheque servicio. Como consecuencia de ello se ha producido cierto grado de subcontratación de los servicios de atención domiciliaria por parte del sector privado³.

Estos principios de mercado que se introducen en el sector público de los servicios sociales han provocado que muchos recursos de atención domiciliaria de los ayuntamientos pasen a ser unidades comerciales, obligadas a competir con el sector privado, con los servicios asistenciales municipales que han quedado redefinidos como productos de atención o asistenciales. Se han puesto en marcha métodos de medición y garantías que están inspirados en el sector privado y nada tienen que ver con lo que serían derechos de ciudadanía. Así lo ilustra el influjo que, en Dinamarca, han ejercido en la prestación de servicios las reformas de las políticas nacionales para mayores. Se ofreció a los residentes de centros sociosanitarios la oportunidad de elegir servicios, obligando a las residencias a definir los servicios prestados y su coste⁴.

Por ejemplo, en algunos países como Reino Unido y Suecia, los intentos de limitar la utilización de camas hospitalarias de cuidados para agudos y ser destinadas a personas mayores han creado una nueva categoría de atención intermedia, una especie de mezcla de atención social y médica para personas mayores. Tanto en un sitio como en otro, Reino Unido y Suecia, se ha atribuido a los gobiernos municipales la responsabilidad de suministrar estas camas. Existe un sistema de inspección que marca los baremos. En 1993, el 72% de los gobiernos locales ingleses cobraba los servicios de atención a domicilio, mientras que en el año 2000 la cifra había ascendido al 94%. El precio cobrado por la provisión de servicios de atención domiciliaria depende de cada gobierno local, no existe una tarifa reguladora. En Dinamarca, desde los años 60 y 70, se han venido transformando los servicios de ayuda domiciliaria, convirtiéndose en un servicio permanente de 24 horas, prestado por trabajadores de ayuda y personal de

2 Trydefard G. B. y Thorslund M. (2001): Inequality in the welfare state? Local variation in the care of the elderly - the case of Sweden. *International Journal of Social Welfare*, 10, pp. 174-184.

3 Savolainen S. (2004): A review of experiences of public services privatisation in Sweden. Finlandia, KTV.

4 Lewinter M. (2004): Developments in home help for elderly people in Denmark: the changing concept of home and institution. *International Journal of Social Welfare*, 13, pp. 89-96.

enfermería. Conforme se iba asentando este modelo de trabajar desde sus casas, pasaron a formar parte de grupos semiautónomos: son trabajadores autónomos, que se reparten el trabajo, hacen una especie de minicooperativas y resuelven sus problemas internos. Desde el punto de vista de los ayuntamientos, han considerado que era una manera de formación o capacitación de estos trabajadores de la ayuda domiciliaria. En ese sentido, cualquiera puede contratar una empresa de servicios a domicilio, para hacer la compra o la limpieza de su casa y, a la tarifa horaria que paga el usuario, se suma un importe que proporciona el gobierno proveedor de los servicios. La Administración está subvencionando la participación, por tanto, del sector privado en la atención a domicilio.

Actualmente existe una situación complicada a nivel europeo a causa del debate de la propuesta de Directiva de Servicios del Mercado Interior, la conocida como Directiva Bolkenstein, que lleva mucho tiempo en el Parlamento Europeo en fase de discusión, y que puede tener una repercusión muy negativa en el sistema de servicios sociales. ¿Desde qué punto de vista? En Europa se separarían lo que son servicios económicos de interés general (SEIG) de los servicios de interés general (SIG), entrando su financiación y provisión en las líneas de la competencia, en las reglas del mercado. La gran batalla que estamos dando desde los sindicatos europeos tiene como finalidad que tanto la sanidad, como la educación, como los servicios sociales, se consideren fuera de los servicios económicos, para que no se trabaje con las reglas del mercado. Es una batalla importantísima, se han producido grandes manifestaciones en todos estos aspectos, pero en estos momentos es importante explicar que nos encontramos ante un proceso de co-decisión. La Comisión Europea propone, pero posteriormente tiene que ser aprobado por el Consejo Europeo, formado por los Jefes de Estado y Gobierno de los Estados miembros, así como por el Parlamento Europeo.

Actualmente nos encontramos, por decirlo de alguna manera, en la segunda vuelta del procedimiento de co-decisión. La propuesta de la Comisión pasó por el Consejo y posteriormente fue ampliamente enmendada por el Parlamento. Ahora la Comisión propone una segunda versión en la que se ha recogido gran parte de las enmiendas del Parlamento Europeo, y tiene que ser aceptada o corregida por el Consejo y por el Parlamento Europeo nuevamente.

Es importante situar este procedimiento para señalar dos aspectos. Uno, que las espadas están todavía en alto. El procedimiento tardará en culminar más de un año y, por lo tanto, hay que estar, primero, vigilantes para que se mantengan los aspectos positivos introducidos por el Parlamento Europeo y, segundo, hay que seguir presionando tanto nacional como comunitariamente para tratar de introducir aquellos temas y mejoras que han quedado pendientes.

Esta presión es importante porque, y era el segundo aspecto que quería señalar, la correlación de fuerzas, tanto en los Gobiernos como en el Parlamento Europeo, es bastante adversa, con mayoría de fuerzas y Gobiernos conservadores.

La fuerte presión social contra esta Directiva ha obligado a la Comisión de las Comunidades Europeas a elaborar una Comunicación –SEC(2006) 516–, como continuación del Libro Blanco sobre los servicios de interés general, en la

que se anuncia un «planteamiento sistemático con vistas a la determinación y el reconocimiento de las características específicas de los servicios sociales y sanitarios de interés general, y precisar el marco en el que esos servicios funcionan y pueden modernizarse», anuncio repetido en la Agenda Social y en el programa comunitario de Lisboa. Tras la votación del Parlamento Europeo en primera lectura de la propuesta de Directiva sobre los servicios en el mercado interior, el 16 de febrero de 2006, la Comisión ha excluido a los servicios sanitarios del ámbito de aplicación de su propuesta modificada. Se ha comprometido a presentar una iniciativa específica y ha iniciado una reflexión en este sentido. En su propuesta modificada de Directiva sobre los servicios en el mercado interior, la Comisión también ha excluido del ámbito de aplicación de la Directiva a los servicios sociales relativos a la vivienda social, al cuidado de niños y a la ayuda a las familias y a las personas necesitadas. Ahora corresponde al legislador europeo la tarea de finalizar el proceso.

Cabe recordar que el marco comunitario existente respeta el principio de subsidiariedad. Los Estados miembros pueden definir lo que entienden por servicios sociales de interés general. Los poderes públicos son los encargados de definir, al nivel correspondiente dentro de los Estados miembros, las obligaciones y las misiones de interés general de estos servicios, así como sus principios de organización. En cambio, el marco comunitario exige que los Estados miembros tengan en cuenta ciertas normas al determinar las modalidades de aplicación de los objetivos y principios fijados.

La importancia de esta Comunicación se debe a que es la primera vez que la Comisión se compromete a hacer informes bienales sobre los servicios sociales en la UE y sugerir la posibilidad de una Directiva específica. Sin embargo, desde la FSAP-CC.OO. y desde nuestra federación europea FSESP, no comparimos la segmentación de sanidad por un lado, educación por otro, y servicios sociales por otro. Estamos defendiendo una Directiva de Servicios de Interés General en la que reclamamos se distinga entre los servicios de mercado, financiados con cargo al usuario (tales como los SIEG), y los no comerciales, sufragados con cargo al erario público (como los SIG).

Todas estas políticas han producido una traslación desde el sector público al sector privado. Incluso si los servicios eran financiados por el sector público, se ha producido una reducción de plazas residenciales, con un aumento de la asistencia domiciliaria, como comentaba anteriormente sobre la compra de servicios individuales y la implantación del cheque asistencial.

Muchos han hecho hincapié en la elección del consumidor y la consideración de comprador atribuida al usuario del servicio. En algunos países, las personas mayores o con discapacidad se están beneficiando de prestaciones monetarias, esto es, fondos públicos para comprar los servicios que necesiten. Se ha implantado este tipo de sistema en Austria, Alemania, Francia, Bélgica, España, Grecia, Reino Unido, Dinamarca y Finlandia. En cambio, en Noruega, Suecia, Países Bajos y Portugal no existen.

Ha aumentado la difusión de la asistencia a domicilio en países que han cambiado los sistemas de financiación de la atención social. Se ha producido un

aumento de la provisión de servicios y de la gestión productivista de los servicios sociales.

Tanto a nivel de nuestro país o a nivel europeo, cuando se habla de servicios sanitarios, del sistema de salud, todo el mundo piensa que tiene que ser universal y nadie cuestiona que se tiene que pagar con impuestos, cosa que no ocurre cuando estamos hablando de los servicios sociales. Y eso es gravísimo, porque hace que se estén tratando de derechos de primera o segunda categoría. Esto es a lo que me refería anteriormente con respecto a la Directiva Bolkenstein: puede suceder que si no trabajamos en esa dirección y presionamos desde todos los ámbitos, este tipo de servicios se consideren como servicios económicos. Por ejemplo, un estudio⁵ sobre el impacto de los subsidios por cuidados en las familias italianas descubrió que todas las que contrataban a personas de atención, que vivían en una determinada zona, tenían a trabajadores inmigrantes sin papeles o con sólo los permisos de residencia; tan sólo uno de todos los entrevistados estaba regularizado, tenía papeles de residencia, pero no tenía papeles de permiso de trabajo, lo cual demuestra que se está produciendo una nueva precarización y una nueva conformación de estos colectivos, absolutamente desprofesionalizados, que se dedican al cuidado de las personas. En Austria, sin embargo, la concesión de subsidios por cuidados ha facilitado el empleo de trabajadores extranjeros indocumentados, hasta tal punto que se han tenido que crear unas agencias encargadas de su gestión. En este país se ha organizado la contratación temporal de trabajadores inmigrantes desde agencias con sede en Hungría y Eslovaquia. Las personas mayores suelen contratar a dos personas para trabajar en dos turnos en sus casas; los que tienen realmente una necesidad tan grande, ocupan los puestos durante dos semanas. Estos trabajadores viven con estas personas que están a su cuidado y, así, desempeñan una actividad profesional en otro país, sin necesidad de buscarse alojamiento.

Esta es la situación de la asistencia domiciliaria en los países europeos. Cabe destacar también, como dato positivo, que esto ha supuesto la aparición de nuevas categorías profesionales, además de incluir el trabajo subvencionado de cuidadores. En Alemania, la puesta en marcha del seguro de atención se acompañó de la creación de una categoría profesional de trabajador de atención social, dando un salto cualitativo en el colectivo de trabajadores de atención registrados.

En algunos países se organiza un mercado de trabajo de atención más estructurado y más regulado, donde organismos privados y no gubernamentales prestan servicios de atención. Los usuarios tienen acceso a los proveedores de servicios a través de agencias. En Francia se pudo observar que los trabajadores de atención tenían una gran actividad, visitando en ocasiones hasta a 13 clientes diarios. En un principio, el trabajo se centraba en la mera preparación de comida, la compra, y actualmente se está reciclando a estos trabajadores y dicen que

⁵ Ungerson C. (2003): *Commodified care work in European Labour Markets*. European Societies, 5(4), pp. 377-396.

puede ser un motor importante del desarrollo del trabajo de atención en este tipo de casos. En Austria, se pagan los subsidios por cuidado directamente a las personas necesitadas de apoyo; la entidad Cáritas ejerce de empleador del trabajador o proveedor de atención, el cual puede ser un familiar. De esta manera, el familiar tiene derecho a la Seguridad Social, vacaciones pagadas y un contrato de empleo. En muchas ocasiones estas condiciones aumentan la autoestima del trabajador, al pasar de un entorno informal de asistencia familiar a una relación laboral remunerada.

¿Qué ha producido todo esto? Que en el Reino Unido, Holanda y Alemania se han reconocido por primera vez los derechos de los cuidadores. Muchos sistemas de asistencia cuentan con el trabajo de los familiares que, sin cobrar sueldo alguno, prestan la atención. La mayoría de cuidadores son mujeres. En los países del sur de Europa ya se daba por sentado que era la familia la que se ocupaba de esta asistencia, pero la creciente participación de las mujeres en este mercado de trabajo está dificultando la continuidad de la provisión de la propia atención. En el Reino Unido se estableció el sistema de subsidios de mantenimiento destinado a remunerar el trabajo, antes informal y no retribuido, de los cuidadores. La puesta en marcha de programas de subsidios por cuidado se debe más al propósito de garantizar la independencia de las personas mayores que a cualquier voluntad de valorar el trabajo de atención informal. Asimismo, Irlanda ha optado por el régimen de subsidios por cuidado.

3.4. FINANCIACIÓN. ANÁLISIS

En Alemania se instauran los seguros de atención de larga dependencia en 1994 y se estrenó la cobertura de seguro universal para los gastos de atención de larga duración, excluyéndose los gastos de alojamiento. Hasta 1994, se hacían cargo de la mayoría de los centros residenciales seis organizaciones de bienestar; ya sólo son tres, como consecuencia de la competencia que ejerce el sector privado. En el marco de la nueva legislación relativa al seguro de larga dependencia, las empresas privadas se beneficiaron de ayudas para construir recursos, reduciéndose las ayudas destinadas a las organizaciones no gubernamentales. En los Países Bajos, existe una ley de gastos médicos extraordinarios a través de un sistema de seguro de salud contributivo o universal, como el que tenemos en nuestro país, que incluye la ayuda para atención domiciliaria, para centros de día o residencias sociosanitarias para personas mayores, lo que ha favorecido la creciente profesionalización del trabajo de atención.

Cada vez son menos los países con cobertura contributiva de este tipo de sistemas. Por ejemplo, en Italia y aquí, en España, se mantienen regímenes de prestaciones básicas de financiación contributiva y otras financiadas con cargo a los presupuestos del Estado y de las Comunidades Autónomas. En otros países se conceden prestaciones de atención domiciliaria en función de los recursos económicos. En Francia, el subsidio de dependencia personal de 2001 se calcula en función de criterios económicos y dependencia del interesado; idénticos

criterios se aplican a los gastos de atención residencial de larga duración. En Portugal y en el Reino Unido se utilizan algunas modalidades de evaluación de los recursos económicos, teniendo en cuenta tanto el salario como el capital.

El nuevo modelo de copago que ha empezado a implantarse está vigente en países con provisión de ayuda a domicilio, como Noruega, Finlandia, Bélgica y Países Bajos, que cuentan con programas de seguro social y cuota de usuario. Estos nuevos regímenes de seguro, igual que los alemanes, tienen cuota de los usuarios y la provisión del seguro no cubre todas las modalidades de la prestación de ayuda. Este modelo de financiación suele influir en el desarrollo y la prosperidad de los sectores privados que viven alrededor de él. El impacto de estas políticas de pago de la atención de larga duración, incluidos los servicios de ayuda a domicilio, es muy importante cuando el sector público se hace cargo íntegramente, sin importar si son suministradores o no; el sector privado queda al margen para la ampliación de las operaciones. Así, por ejemplo, la legislación británica relativa a los centros socioresidenciales de los años 90 es bastante estricta en cuanto a dimensiones de las habitaciones, y tuvo un gran impacto pues enseguida se produjo una expansión del sector residencial y el cierre de la mayoría de las pequeñas empresas que se dedicaban a este tipo de servicios.

En la Europa central y oriental, prácticamente se financia todavía con los presupuestos del Estado, pero se está produciendo un cambio en la atención a personas mayores y con enfermedades crónicas, situación que ya se dio en algunos países de la Europa occidental, que consiste en utilizar las camas de agudos de los centros hospitalarios y, en algunos casos, de los crónicos. Asimismo, se están introduciendo algunos sistemas de copago en los países de la Europa oriental: Estonia, Ucrania, Hungría, Polonia, pero de forma aún incipiente. No vamos a analizar los sistemas de todos los países del Este, ya que se haría muy larga la exposición, pero en ellos existe una provisión por parte del entramado institucional, largas listas de espera para la residencias de la tercera edad, un modelo incipiente, pero con una fuerte implantación, de los sistemas privados, un desarrollo de la atención totalmente descentralizado y unas redes locales de proveedores de la asistencia.

Con respecto a la atención a la infancia, ésta se financia con fondos del gobierno y fondos privados, y la provisión depende del país, con un sistema diferente en cada uno de ellos. Por ejemplo, en las regiones nórdicas y en Hungría es el sector público, mientras que en otros países, como el Reino Unido y España, la mayor parte de estos servicios se dan desde el sector privado. Como dato, hace unos años en Suecia, el 31% de los niños menores de 3 años eran atendidos en centros residenciales familiares regulados en régimen completo o parcial, y el 26% lo era en centros de día públicos. En estos momentos ha habido una transferencia importantísima al sector privado. La atención a la infancia y preescolar se caracteriza cada vez más por sus elementos educativos y asistenciales, que repercuten en cómo se califica la política de atención infantil: entre las políticas educativas o entre las de bienestar. En los últimos 10 años se han registrado, en Suecia e Inglaterra, por ejemplo, casos de transferencia pública de la responsabilidad de las áreas de salud y bienestar a las de educación. Estos

cambios tienen repercusiones en el modelo de mantenimiento y prestación de servicios, así como en el método de formación y remuneración de los trabajadores de atención. Algo parecido ocurrió en Valencia con las escuelas infantiles cuando se introdujo el cheque escolar, donde cada uno compraba dentro de la oferta, lo que hizo desaparecer todas las escuelas infantiles que dependían del ayuntamiento, perdiéndose unos 700 puestos de trabajo.

Salvo en el Reino Unido y en España, en el resto de los países europeos la financiación es pública. En el Reino Unido es pública y privada y en España se dan elementos de financiación pública, pero la provisión principal es privada, a través de las cuotas de los padres. Yo creo que este es un dato interesante de lo que ha ocurrido en la atención a los menores, teniendo en cuenta que el ámbito del estudio está referido a las guarderías o escuelas infantiles y no a lo que aquí entendemos por menores de edad desde el ámbito de los servicios sociales.

CUADRO 1. Provisión y financiación de la atención a la infancia

PAÍS	FINANCIACIÓN DE LA ATENCIÓN A LA INFANCIA	PROVISIÓN PRINCIPAL
Dinamarca	Pública	Pública
Suecia	Pública	Pública
Finlandia	Pública	Pública
Noruega	Pública	Pública
Reino Unido	Pública/privada	Privada
Hungría	Pública	Pública
Francia	Pública	Pública
España	Cuotas de los padres con elementos de financiación pública	Privada

FUENTE: Cameron et al. (2003); Rostgaard (2003).

3.5. IMPACTO DE ESTAS POLÍTICAS EN TRABAJADORES Y USUARIOS

Este estudio está elaborado por un sindicato europeo para ver la repercusión en los trabajadores, en los profesionales del sector, así como en la calidad de los servicios a los ciudadanos. En este sentido, hay unos temas que considero de interés y que paso a explicar.

En primer lugar, el porcentaje de la mano de obra. El porcentaje de atención sobre la población activa depende de cada uno de los países. Los datos que tenemos es que los países del Norte tienen niveles relativamente altos. En Dinamarca, el 10% de la población activa trabaja en el sector de la atención social:

dependencia, menores, servicios sociales y otros; en Holanda el 7%; el 9% en Suecia; en el Reino Unido el 5%; mientras que en países como Hungría y España está en torno al 3%. La mayoría son mujeres, hay un envejecimiento del personal que trabaja en estos servicios y un aumento del personal inmigrante, lo que tiene una repercusión muy importante, ya que está relacionada con bajos salarios y personal poco formado. Sólo en algunos países, como en Dinamarca, donde existe la figura del pedagogo central, está creciendo el interés por esta categoría de personal de atención⁶.

En cuanto a políticas de género, solamente en el sector de las escuelas infantiles, el porcentaje de hombres que trabajan en esta actividad es mayor. La mayoría del personal tiene ya más de 40 años, lo que pensamos puede tener una repercusión importante en los servicios. Las mujeres inmigrantes van prestando servicios de atención a la infancia, dentro de esa corriente de traslado global de mano de obra femenina a sectores con bajos ingresos. En el debate sobre el Estado del Bienestar tiene que introducirse este tipo de tendencias que se están produciendo.

3.6. SALARIOS

Un ejemplo de cómo se lleva a cabo la contratación de trabajadores inmigrantes podemos verlo en las declaraciones que hizo Bupa Care Homes en 2004 (Sanitas es una parte de la multinacional Bupa) sobre su intención de contratar a 50 cuidadores de Polonia y la búsqueda que estaba realizando de profesionales en la República Checa, Estonia y Lituania, países a punto de entrar en la Unión Europea⁷, pero con la finalidad de obtener bajos salarios. Esto tiene que ver también con la Directiva Bolkenstein, que en su primera versión mantenía el principio de que debería de aplicarse las condiciones laborales del país de origen de la empresa. Imaginense que una empresa que trabaja en España tiene su sede en Bielorrusia y se trae a los trabajadores de allí, con el salario de allí; con todos los respetos a las normas bielorrusas, sabemos que las condiciones son menos favorables para los trabajadores.

En un informe reciente titulado *Trabajo forzoso y migración en el Reino Unido*⁸, se acreditó la atención residencial entre los cuatro sectores (junto con construcción, agricultura/horticultura y empresas de limpieza) que se distinguen por el alto grado de explotación de los trabajadores, dándose casos incluso de trabajo forzoso.

Siguiendo con el personal de atención y los bajos salarios, en la región nórdica los salarios más altos se dan en el sector público; en el Reino Unido muchos

6 Cameron C., Candap^opa M., McQuail S., Mooney A., Moss P. y Petrie P. (2003): *The Workforce Early Years and Childcare. International Evidence Project/October 2003*. Londres, Ministerio de Educación.

7 Hellen, Nicholas y Justin Sparks: *Britain touts for cheap labour from Poland*. Sunday Times, 25 de abril de 2004.

8 Anderson B. y Rogaly B. (2005): *Forced Labour and Migration in the UK*. Estudio elaborado por Compas en colaboración con Trades Union Congress.

de estos trabajos son a tiempo parcial, temporales y con prestaciones limitadas. El reclutamiento de mano de obra cualificada procedente de otros países supone traer a profesionales que se ponen a trabajar en lo que entendemos por ayuda a domicilio y el usuario paga en efectivo el trabajo asistencial, dando lugar a trabajadores indocumentados, sin papeles y sin experiencia. Esto está produciendo unos cambios, desde nuestro punto de vista, importantísimos en la organización y el estatus del personal de atención. Sólo en algunos casos, como en Dinamarca, como dije anteriormente, ha supuesto la profesionalización y la mejora de la formación de estos trabajadores de cuidado. La privatización de las residencias ha producido que los trabajadores tengan un menor control sobre su trabajo, no existen en la mayoría de países, salvo en excepciones, lo que serían los estándares de calidad que tienen que dar las residencias. Los cuidadores de menores tienen una formación diferente según dependan del sistema educativo o del de bienestar social. Suelen tener mayor formación si dependen de los departamentos educativos.

Por último, con respecto a este estudio que estamos analizando, está el tema de la afiliación sindical. Primero, todo trabajador, cuando se dispersa, sale de lo público, tiene dificultades en la organización; es imposible poner en común a trabajadores si cada uno tiene un solo centro de trabajo o seis centros de trabajo diario, porque hace dos horas o una hora en cada sitio. Debido al aislamiento que tienen después de la privatización, la afiliación sindical suele ser generalmente más difícil y los trabajadores asistenciales en el sector público tienen siempre una mayor posibilidad de que se organicen. Eso es lo fundamental del trabajo sindical para captar miembros, la afiliación en los sectores en los que hay menos problemas y mayores garantías y derechos, como es el sector público. En el sector privado, en estos momentos, ha habido un crecimiento de las mujeres; en el sector de atención a menores es en el que más hombres están trabajando, se está combinando la educación y el cuidado, mientras que en los servicios de atención a mayores, empiezan como un servicio de ayuda a la pobreza y de bienestar y luego evoluciona al modelo de servicio público.

En este punto quiero hacer algunos comentarios. En Dinamarca, en la provisión de ayuda a domicilio a personas mayores de 67 años, han aumentado los porcentajes de personas que se benefician de pocas horas de atención –menos de dos por semana–, y de máximas receptoras, mientras que ha descendido el número de usuarios intermedios de dos y ocho horas semanales. En el Reino Unido, el número de horas trabajadas en la prestación de servicios de ayuda domiciliaria creció el 14% entre 1997 y 2003, mientras que el número de hogares receptores bajó un 23%. No sólo esto, sino que la proporción de hogares beneficiarios de seis o más visitas y de más de cinco horas de contacto creció del 28% al 41%; en cambio, el porcentaje de hogares a los que se realizaba una visita de dos horas o menos pasó del 27% al 17% en esos 4 años. Durante ese periodo, la cantidad de horas prestadas por el sector privado ascendió del 42% al 64%. En Suecia, la vivienda asistida es una provisión que está descrita en el documento, pero con una consideración administrativa de vivienda, por lo que no se considera dentro de las políticas de atención, sino dentro de las políticas de vivienda. Se hace en función de la renta de alquiler, y los servicios que se pa-

gan no están considerados dentro de los servicios sociales. Esto a veces tiene mucho que ver con los criterios de medición cuando analizamos a nivel europeo qué variables tomamos en consideración para comparar los sistemas de bienestar. Creo que en España nunca tomamos la vivienda como un elemento valorable, sin embargo, en otros países europeos, sí que se tienen en cuenta las políticas de vivienda a efectos de saber realmente cuál es el nivel de servicios públicos o el nivel del estado de bienestar. Una inspección realizada en Inglaterra sobre la situación sociosanitaria en un centro de mayores de la empresa Bupa –Sanitas para entendernos–, la noticia de prensa era la siguiente:

«La residencia sociosanitaria Bedford de Leigh tiene que mejorar su puntuación en 29 de las 34 categorías estipuladas, según revela un informe de la Comisión nacional de normas de atención. En uno de los edificios de un centro de BUPA, la cantidad de orina en las alfombras de los pasillos era tal que se pegaba a los zapatos del inspector. “Ya no es sólo cuestión de higiene, sino que tan pésimas condiciones aumentan el riesgo infeccioso”, se advierte en el informe de dicha comisión. El centro, que cobra hasta 473 libras esterlinas por semana, sumaba 26 suspensos de acuerdo con los requisitos legales; el informe formuló 12 recomendaciones adicionales cuyo cumplimiento permite alcanzar los niveles legales»⁹.

En ese sentido, de los resultados de una encuesta reciente sobre la situación de los trabajadores sociales en el Reino Unido se desprende que estos trabajadores se ven en la imposibilidad de organizar una oferta adecuada de atención, ya sea por las dificultades para trabajar con entidades poco fiables o debido a restricciones presupuestarias. La reducción de costes hace que los trabajadores asuman un número superior de tareas, lo que repercute en la calidad de la provisión. Ha habido un aumento de los servicios a personas con un alto nivel de dependencia, mientras que las personas con menos necesidades están pasando a no recibir prácticamente ninguno; los grupos con rentas más altas se los pagan directamente ellos y los grupos de rentas bajas pasan a una asistencia por parte de la familia, normalmente mujeres. Hay una variación importante de los niveles de calidad entre servicios residenciales y la asistencia domiciliaria. Se cuestiona en todos los sitios la calidad de los proveedores privados, por lo que creo que deben existir unos estándares mínimos de calidad que se deben cumplir. No sirven la mera inspección o una sanción en ese tipo de cuestiones.

Para concluir, planteo algunas cuestiones:

- En lo que se refiere a las políticas europeas, el problema que constatamos es que no existe ninguna legislación específica para la atención a menores o a personas mayores.

⁹ Manchester Evening News, 2 de abril de 2003, p. 10, *Care home attacked over «major problems»*, por Tim Stafford.

- En las estrategias de empleo fomentar este trabajo de mujeres influenciado por la provisión del cuidado de menores.
- Accesibilidad: se constata la relación entre desigualdad social y situación sanitaria; procede estrechar la coordinación entre los servicios sociales y sanitarios, y ampliar la provisión a los grupos menos favorecidos.
- Calidad: unificar la medición en los distintos sistemas nacionales; ponía antes el ejemplo de la vivienda, ¿cómo medimos los diferentes estándares nacionales si cada país utiliza un sistema?
- En cuanto a la viabilidad financiera de los servicios a personas mayores, nos encontramos con el tema de que la regularización de la demanda tiene que hacerse en base a la contribución vía impositiva y aquí hay que plantear las cosas claras, desde nuestro punto de vista. Es decir, si las personas quieren un servicio y ese servicio tiene que ser universal, independientemente de que luego instituyamos sistemas en función del nivel de renta –y en algunos casos hay que introducirlo–, tiene que tener una financiación vía impositiva. Si usted quiere servicios, quiere un modelo sanitario correcto, un modelo educativo correcto, tendrá que pagar impuestos.

Pensamos que en este país si estas cosas se explican bien, la gente lo entiende; la gente estaría dispuesta a pagar más impuestos, pero estoy convencido que no se defendería igual un modelo sanitario y educativo universal, que un modelo de servicios sociales. Creo que tenemos que defender servicios públicos de calidad con carácter universal para que no digan que nos dedicamos sólo a determinados colectivos.

Existe el sistema de copago y de honorarios y la regulación del suministro a través de competencia dentro de la reglas de mercado –ya he comentado que nosotros somos absolutamente contrarios a este tipo de viabilidad, a introducir los mercados internos–. Este sostenimiento financiero depende del reembolso según índices, precios, volumen de tratamientos para controlar los productos y prescripciones. También depende de los presupuestos ampliables en el sector hospitalario y de dar más responsabilidad a la gerencia de los recursos de los trabajadores del sector, así como a los que lo financian. El mercado interno, la Directiva de Servicios y la situación en los diferentes países con proveedores privados, la mayoría pequeños, algunas uniones entre diversas compañías que están tomando posición, aumento de la consolidación a nivel regional europeo de algunas compañías importantes, una pequeña cantidad de compañías multinacionales y la participación creciente del capital privado en estos temas. En el cuadro 2 se presentan las principales empresas multinacionales existentes, ya que este estudio también se hizo para ver las posibilidades que teníamos los sindicatos de constituir comités de empresa europeos.

**CUADRO 2. Elegibilidad para constituir Comités de empresa europeos.
Empresas con actividades de atención social en más de
un país europeo**

EMPRESA	PRESENCIA EN EUROPA	NÚMERO DE TRABAJADORES
Attendo	Suecia, Noruega, Dinamarca	3.000
BUPA Care Homes	Reino Unido, (España, Irlanda)	6.950
Carema	Suecia, Noruega, Finlandia	4.500
ISS Care Partner	Suecia, Noruega, Dinamarca	
Medidep	Francia, Bélgica	4.000
Orpea	Francia, Italia	5.700

Por último, estas son algunas preguntas que nos hacíamos en un seminario celebrado en Budapest sobre este tema:

- ¿Qué cambios importantes han venido sucediendo en los servicios sociales?
- ¿Cómo han afectado a los trabajadores?
- ¿Cómo han afectado a los usuarios de los servicios? Tenemos algunos datos de cómo se ha negociado por parte de los sindicatos estos servicios.

Termino diciendo que, como consecuencia de todas estas reflexiones y en base a los dos informes elaborados por la Federación Sindical Europea de Servicios Públicos, durante el primer trimestre del año 2006 se ha creado un grupo de trabajo a nivel europeo, de acuerdo a las conclusiones del seminario de Budapest.

En la Federación Europea de Sindicatos de Servicios Públicos vamos a estudiar qué temas se introducen. Por ejemplo, en relación con la externalización de servicios se ha elaborado un protocolo de instrucciones a nivel europeo para que los comités de empresa o los sindicatos sepan cómo actuar cuando se vaya a externalizar un servicio, dependiendo de la legislación de cada país. No entiendo que externalización sea propiamente una privatización; nosotros entendemos que externalización es que un servicio aun siendo público, se gestiona desde un ámbito fuera del control del procedimiento administrativo, a través de una agencia u otra entidad similar. La privatización es otra cosa.

Es fundamental para todas estas tendencias europeas el futuro de la Directiva Bolkenstein. Desde todos los ámbitos, sobre todo entre los que trabajamos en los ámbitos sociales, se tienen que organizar *lobbys* de presión a nivel europeo para conseguir que no se consideren los servicios sociales dentro

de los servicios económicos de interés general, porque entonces se entra en los mercados de competencia y se van a introducir las reglas de mercado. No discuto que haya determinadas reglas de trabajo, de eficiencia y de calidad, pero nunca se puede trabajar en servicios sociales en base a una rentabilidad económica.

II. DESARROLLO DE LA RAMA DE LOS SERVICIOS SOCIALES EN ESPAÑA

4. APUNTE HISTÓRICO DE LA CONSTRUCCIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES

Demetrio Casado

Director del Seminario de Intervención y Políticas Sociales

Esta exposición pretende explorar los antecedentes de los servicios sociales entendidos como rama de actividades que tiene como objetivo mediato el bienestar individual y social, para el presente y para el futuro, que procura sobre todo mediante la ayuda personal polivalente, al servicio de la cual provee prestaciones individuales y otras actividades, ambas de carácter técnico (no monetarias desvinculadas), formalizadas en algún grado y producidas y dispensadas mediante diversos regímenes institucionales. Aun cuando cabe asumir que esa rama de los servicios sociales se configura en España tras la Constitución de 1978, es indudable que sus antecedentes vienen de muy lejanas fechas. Esta exposición, no obstante, se limitará a las intervenciones y políticas sociales contemporáneas, de las que derivan directamente, por continuidad o negación, los actuales servicios sociales.¹ En cuanto al enfoque, me centraré en los aspectos que considero relevantes con vistas al deseable perfeccionamiento de la rama mediante la acción política.²

4.1. ANTECEDENTES CONTEMPORÁNEOS HASTA 1978

Salvo al final del tiempo pasado al que me voy a referir en este apartado, los servicios sociales carecían de imagen pública, no existía conciencia de ellos

1 Los interesados en perspectivas más amplias o en abordajes más profundos pueden consultar trabajos como los siguientes: María del Carmen Alemán Bracho, *El sistema público de los servicios sociales en España*, Impredisur, Granada, 1991; José María Alonso Seco y Bernardo Gonzalo González, *La asistencia social y los servicios sociales*, Boletín Oficial del Estado, Madrid, 1997; Demetrio Casado, «Antecedentes históricos de la política social en España,» en Carmen Alemán Bracho y Jorge Garcés Ferrer, *Política social*, McGraw Hill, Aravaca (Madrid), 1997; Gloria Rubiol y Antoni Vilà, *Marc històric dels serveis socials locals de Catalunya*, Diputació de Barcelona, 2003; y Antoni Vilà, *Els serveis socials*, Diputació de Girona, 2005.

2 Aparte de otros trabajos sobre el asunto que trato aquí, debo mencionar de modo especial, entre otras cosas porque traeré aquí amplios extractos del mismo, el capítulo 11 del *V Informe FOESSA* –elaborado con la colaboración de Manuel Aznar, Demetrio Casado de Otaola, Antonio Gutiérrez Resa y Clarisa Ramos Feijóo: Demetrio Casado y cols., «Acción social y servicios sociales», en Miguel Juárez (Director),

como entidad, ni siquiera conceptual, diferenciada dentro del **complejo institucional de las beneficencias** mediante el que se producían casi en su totalidad. Por ello, para buscar la pista de los servicios sociales, será necesario focalizar las líneas institucionales que los sostienen. Por razón de espacio, no puedo intentar un examen cronológico completo del periodo elegido, de modo que me limitaré a los jalones a mi parecer más relevantes para el objeto de esta exposición.

4.1.1. La Beneficencia pública

La palabra «beneficencia» aparece en castellano en el siglo XV y proviene de la latina *beneficentia*, derivada de *bene* (bien) y *facere* (hacer). Así pues, en su acepción etimológica, beneficencia es la virtud o la práctica de hacer el bien. No obstante, el uso lingüístico concentró dicho significado en las funciones de ayuda a los menesterosos. Dentro de nuestra área cultural, la acción benéfico-actora ha sido realizada en todo tiempo y lugar, lo cual da pie a emplear el término beneficencia con significados diferentes. Al hacerlo así, de modo manifiesto o latente, no se aprecia el importante hecho histórico de que esa palabra fue adoptada por el Estado español para identificar un sistema institucional de protección social jurificado. Voy a examinar el desarrollo del mismo en sus aspectos más específicos; quedan fuera, pues, los técnicos.

Antecedentes ilustrados

Carlos III sigue la política tradicional de auxilio a los menesterosos considerados legítimos y de represión de la mendicidad desordenada y del vagabundaje,³ política que centra primordialmente en la Corte y en los Reales Sitios. Procede señalar, no obstante, que esta política social de fines convencionales⁴ extendió su ámbito material y subjetivo en el sentido económico característico de la Ilustración como, por ejemplo: provisión de atenciones educativas y de capacitación para los niños; protección de los trabajadores en paro y enfermos, en tanto recuperan empleo o salud; asunción a costa del Real Erario del primer recogimiento de mendigos para diagnóstico, clasificación y derivación; recogimiento forzoso y destino a ocupaciones útiles («servicios de Guerra y Marina») de los mendigos válidos.

En cuanto a la participación institucional en la atención a las necesidades sociales, la política ilustrada se caracteriza, de una parte, por la ampliación de la intervención pública, como puede verse en lo dicho anteriormente y como muestra la siguiente medida organizativa: por Auto acordado de 30 de marzo de 1778 se crea para Madrid –y en 1785 se ordena su extensión a las otras diócesis– un órgano asistencial periférico, las Diputaciones de Barrio; a la vez, se instituye un ór-

V Informe sociológico sobre la situación social de España, Fundación FOESSA, Madrid, 1994, tomo 2.

³ Ver Demetrio Casado, «Antecedentes históricos de la política social en España», *Op. cit.*, pp. 12 a 15.

⁴ Las disposiciones jurídicas de Carlos III sobre las materias mencionadas pueden verse en la *Novísima recopilación de las leyes de España*, libro VII, título XXXIX («Del socorro y recogimiento de los pobres»)

gano central, la Junta General de Caridad. En contrapartida, la política de la Ilustración reduce la acción privada por varias vías: supresión de gremios, por sus trabas al proceso económico, y de su acción asistencial; supresión de cofradías de diverso objeto, aduciendo abusos y corruptelas de una parte de ellas; reducción de establecimientos para su racionalización; desamortizaciones de bienes patrimoniales de entidades privadas. En este capítulo merece ser mencionada la Real Orden de Carlos IV, de 25 de septiembre de 1798, por la que resuelve que «se enagenen los bienes raíces pertenecientes a Hospitales, Hospicios, Casas de Misericordia, de Reclusión y de Expósitos, Cofradías, Memorias y Obras pías y Patronato de legos», bajo el interés del tres por ciento a los desposeídos. Aparte de que el objeto perseguido por Godoy al inspirar esta norma –salvar las dificultades de la Hacienda pública– era ajeno a la acción benéfica, ocurrió que ésta resultó especialmente perjudicada, según se prueba en casos concretos, especialmente por no llegarse a cumplir el pago del tres por ciento comprometido.⁵

Del exterior, me parece antecedente de inexcusable cita la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano. En la versión que encabeza la Constitución francesa de 1793, se afirma: «Las ayudas públicas son una deuda sagrada. La sociedad está obligada a proporcionar medios de subsistencia a los ciudadanos desgraciados, dándoles trabajo o asegurando la existencia de aquellos que se hallan incapacitados para trabajar.» (art. 21). Y el Acta Constitucional garantiza esas ayudas públicas, junto a la igualdad, la libertad, la seguridad, la propiedad, la deuda pública, la libertad de cultos, la instrucción común, la libertad de prensa, el derecho de petición, el derecho a formar sociedades populares, el goce de todos los derechos del hombre (art. 122). El deber público y el derecho ciudadano a las ayudas sociales para supuestos de necesidad grave forman parte del ideario y de la estructura política que sirvió de referencia para la modernización liberal-burguesa de las sociedades occidentales.

Primera Ley de Beneficencia

La Constitución de Cádiz (1812) asume la idea de ayuda en situaciones de menesterosidad, salvo que no abarca la provisión de empleo, y sienta las bases para un sistema general de Beneficencia, que precisamente identifica con esta denominación. Y asigna la carga protectora de modo resueltamente descentralizado: encomienda a los ayuntamientos «cuidar de los hospitales, hospicios, casas de expósitos y demás establecimientos de beneficencia bajo las reglas que se prescriban» (art. 321.6º); a las diputaciones provinciales se les asigna la misión de control, así como la de proponer al Gobierno medidas reguladoras (art. 336.8º).

Una primera regulación de la Beneficencia instituida por la Constitución de 1912 quedó sin efecto por la derogación de ésta, mediante Decreto de 1814 dado por Fernando VII. Tras restablecerse el régimen constitucional por el pronun-

y libro XII, título XXXI («De los vagos; y modo de proceder a su recogimiento y destino»).

5 Elena Maza Zorrilla, *Pobreza y asistencia social en España, siglos XVI al XX*, Secretariado de Publi-

ciamiento de Riego en 1820, y en el curso del trienio liberal, las Cortes aprueban, a finales de 1821, una Ley General de Beneficencia, que sería promulgada por el Rey el 6 de febrero de 1822. La vuelta al absolutismo en 1823, mediante la intervención francesa (los Cien mil hijos de San Luis), impidió que se aplicara entonces esa primera Ley de Beneficencia. Aparte de que fue repuesta en 1836, interesa reseñarla para ver cual era el desarrollo de las previsiones de la Constitución de 1812 acordado por el liberalismo entonces llamado progresista.

En cuanto a su ámbito, la Ley de Beneficencia de 1822 tiene por objeto los servicios y prestaciones que enumero seguidamente. Las casas de maternidad estaban destinadas para refugio de mujeres en casos de embarazo ilegítimo y tras el parto, para cuidado de lactantes y para cuidado y educación de éstos hasta los seis años (art. 41). Las casas de socorro tenían estas funciones: acogida, instrucción, capacitación y desempeño laboral de huérfanos desamparados y niños egresados de las casas de maternidad tras cumplir seis años; acogida y mantenimiento de impedidos y, en general, pobres incapaces de proveer a ganarse el sustento; empleo protegido para trabajadores externos en situación de paro circunstancial (arts. 71 y 77)). Se establece en la Ley, de todos modos, que sólo se recurra a las casas de socorro cuando no sea posible hacerlo en el propio domicilio (art. 86). Del mismo modo, se prioriza la hospitalidad domiciliaria sobre la pública (arts. 98 y 104). Regula también la Ley las casas de convalecencia (art. 116) y las de locos (art. 119). Me parece interesante notar que la Ley de Beneficencia de 1822 incluye varias disposiciones destinadas a garantizar los que hoy se denominan derechos humanos de los asistidos y su atención bajo un enfoque humanista. Como se ve, **en la cartera de prestaciones se incluyen los cuidados personales propios de los servicios sociales, la educación y la capacitación, la inserción y protección laboral, el socorro material y la asistencia sanitaria**. La Beneficencia pública, como la privada antecedente, no se define en la Ley por la clase de prestaciones que regula –ámbito material–, sino por la situación de necesidad de sus destinatarios –ámbito subjetivo–.

La primera Ley de Beneficencia opera una importante absorción institucional hacia el poder público, que lleva consigo una también importante confiscación patrimonial: «Los Fondos de Beneficencia procedentes de fundaciones, memorias y obras pías de patronato público sea real o eclesiástico, cualquiera que sea su origen primitivo, quedan reducidos a una sola y única clase...» (art. 25). Por otra parte, se someten a la Ley todos los establecimientos, incluso los particulares (art. 127), y se prevé un mecanismo de cesión de ciertas clases de éstos (art. 129).

Siguiendo lo previsto por la Constitución de 1812, se asigna la responsabilidad pública directa del nuevo sistema institucional a los Ayuntamientos, para los que se prevé una Junta Municipal de Beneficencia, bajo control público y con participación eclesiástica y vecinal (arts. 1 y 2), y Juntas Parroquiales de Beneficencia subordinadas en las poblaciones grandes (art. 17). Se imparte a las Juntas municipales la directriz de contar, para las tareas asistenciales, con las Hermanas de la Caridad –que llegaron a España en 1792– y con asociaciones de uno y otro sexo dedicadas a funciones de dicha clase (arts. 14 y 15).

Cuentan los Ayuntamientos con la posibilidad de establecer arbitrios, en su caso a propuesta de las Juntas municipales de Beneficencia (art. 12). Y pueden recolectar limosnas y hacer suscripciones (art. 21). Pero la vía principal de la financiación será la indicada reducción a «una sola y única clase» los fondos de fundaciones, memorias y obras pías de patronato real o eclesiástico, antes indicada (art. 25), que dio pie a un «intenso y agresivo fenómeno municipalizador». ⁶ De este modo, la asunción por los Ayuntamientos de actuaciones antes ajenas les aportaría el producto de la desamortización de los recursos correspondientes a las mismas. Por lo demás, la Ley prevé fondos generales mediante los que el poder central podría cubrir déficits (art. 28). Deben contarse también los recursos de las entidades particulares que aceptaran la cesión antes indicada (art. 127).

Segunda Ley de Beneficencia

La abolición de la Ley de 1822 no significó la supresión de la actividad y la política benéficas, pero dejó en precario la institucionalización de la Beneficencia. Tras ser repuesta aquella Ley en 1836, se opta por una nueva regulación, que sería llevada a cabo bajo el reinado de Isabel II, con gobierno moderado, dentro del marco de la Constitución de 1845. La segunda y última Ley General de Beneficencia fue promulgada el 20 de junio de 1849.

La nueva norma legal toma también un objeto material mixto y, en términos generales, mantiene su ámbito subjetivo; lo veremos al reseñar el reglamento. No incluye la Ley disposiciones de garantía de la calidad de trato a los usuarios, pero excluye expresamente de su ámbito los «establecimientos de Beneficencia no voluntarios, ya sean disciplinarios, ya correccionales» (art. 20).

La nueva Ley coincide aparentemente con la anterior en la opción de concentrar en el sector público todos los establecimientos de la Beneficencia, pero deja a salvo de tal medida desamortizadora a los privados funcionalmente legítimos (art. 1). De este modo, se da fundamento y carta de naturaleza a la Beneficencia particular.

En cuanto a la asignación territorial de responsabilidades, la nueva Ley se aparta de la opción municipalista radical anterior⁷ y clasifica a los establecimientos públicos en «generales, provinciales y municipales» (art. 2). La relación del sistema benéfico con el poder gubernativo es de signo jerárquico: «La dirección de la Beneficencia corresponde al Gobierno» (art. 4). Para auxiliar al Gobierno se establecen para cada uno de los tres niveles indicados las correspondientes Juntas de Beneficencia, que son objeto de una regulación relativamente amplia (arts. 5 y 13). En cuanto a participación, las vicepresidencias de las Juntas general y provinciales se asignan a eclesiásticos; y se cuenta con las llamadas Juntas de señoras para regir ciertas atenciones asistenciales (art. 12).

caciones, 1987, Universidad de Valladolid, pp. 175 y 176.

⁶ Pedro Carasa Soto, *Crisis del Antiguo Régimen y acción social en Castilla*, Junta de Castilla y León, 1988, p. 200.

⁷ La irracionalidad de la misma sería señalada por José de Posada Herrera, *Estudios sobre Benefi-*

Para la financiación se prevé, además de los rendimientos de los bienes patrimoniales asignados, las aportaciones de los presupuestos generales, provinciales y municipales (art. 14).

El reglamento de 1852

El Reglamento de la Ley de 1849, aprobado por Real Decreto de 14 de mayo de 1852, regula la cartera de servicios de la Beneficencia pública en relación con la estructura territorial del Estado. Al nivel central se le fijan los siguientes «Establecimientos generales»: «seis casas de dementes, dos de ciegos, dos de sordomudos y dieciocho de decrepitos, imposibilitados e impedidos.» (art. 5). Para el nivel provincial se establece que «En cada capital de provincia se procurará que haya por lo menos un hospital de enfermos, una Casa de misericordia, otra de huérfanos y desamparados y otra de maternidad y expositos.»; y además «Se procurará que haya asimismo en cada provincia –debe entenderse aparte de la capital– un Hospital de enfermos, que se denominará de distrito.» (art. 6). Finalmente, «En todos los pueblos donde haya junta municipal de Beneficencia, habrá por lo menos un Establecimiento dispuesto para recibir a los enfermos que por no ser socorridos en sus casas llamaren a sus puertas. En cada uno de estos establecimientos municipales se tendrán preparados los medios necesarios para trasportar al Hospital del distrito los enfermos del pueblo que hayan de curarse en él y cualquier otro menesteroso que por su clase haya de pasar a otros Establecimientos, ya provinciales, ya generales»; además, «La Beneficencia domiciliaria se organizará desde luego en todos los pueblos que tengan Junta municipal» (art. 7). Por supuesto, el ámbito subjetivo establecido por su Reglamento contempla la fórmula tradicional de atender usuarios no pobres mediante el pago de estipendio para «locos» (art. 14) y «ciegos y sordomudos» (art. 15).

En cuanto al régimen jurídico de asignación de responsabilidades, el Reglamento de 1852 utiliza técnicas diferentes. Impone obligaciones o deberes determinados en cuanto al elenco de establecimientos al nivel central (art. 5), salvo que no determina el número de plazas. A las Provincias les insta –«se procurará»– a mantener un cuadro determinado de establecimientos (art. 6). Para los Ayuntamientos, las obligaciones son determinadas sólo para aquellos que tengan Junta municipal de Beneficencia (art. 7). Por lo demás, el Reglamento establece que «Ningún establecimiento de Beneficencia puede excusarse de recibir a pobre alguno o menesteroso de la clase a que se halle destinado» (art. 8).

Por lo que se refiere a la financiación, además de las fuentes propias, el Reglamento prevé la cobertura de los déficit económicos por los entes político-administrativos de los tres niveles (art. 67).

Dialéctica política y balance

Voy a concluir con un apunte de balance de las principales continuidades y cambios de la Beneficencia en el tiempo posterior al considerado hasta aquí. Fueron factores importantes de éstos la alternancia política en el gobierno y aun

en el régimen político, las circunstancias de hecho, especialmente las dificultades de la Hacienda pública, y también el avance de la organización administrativa del Estado. Por la limitación de espacio ya indicada, seré selectivo.

El ámbito de la Beneficencia pública se mantuvo bastante estable. Ello fue así, a mi parecer, sin perjuicio de que la institución recibiera ciertos encargos circunstanciales, por ejemplo en salud pública, que no era asunto central de la Beneficencia.⁸ Aparte de casos particulares,⁹ podemos ver el hecho indicado en las obligaciones mínimas de las Diputaciones provinciales, establecidas aquellas en el Estatuto provincial aprobado por Real Decreto, de 20 de marzo de 1925. La enumeración de tales obligaciones se inicia con las concernientes a la Beneficencia, que consistían en el sostenimiento de centros de servicios sociales y sanitarios para personas desamparadas y/o pobres (art. 127.A); siguen las obligaciones «de orden sanitario» y, entre ellas, se incluye «Organizar, a base de los establecimientos de la Beneficencia, una sala de aislamiento para los que padezcan enfermedades infecciosas...» (art. 128.B). Como se ve, la norma evocada asigna a la Beneficencia provincial un contenido de prestaciones mixto (social y sanitario) destinado a personas en estado de necesidad personal, a las que añade una obligación determinada concerniente a la salud pública aparentemente destinada al conjunto de la población, presumiblemente por carecer de otra opción mejor. Lo dicho hasta aquí sobre **el ámbito de la Beneficencia pública** nos muestra que no se configuró en función de determinada rama de actividades, sino que incluyó los servicios y prestaciones materiales, de servicios sociales, sanitarios y educativas que convenían al objetivo de ayuda a las personas pobres y desvalidas. El ámbito de la Beneficencia privada, en cambio, variaría apreciablemente, tanto en lo material como en lo personal; así podemos verlo, por ejemplo, en el Real Decreto de 14 de marzo de 1899 que, junto a los servicios e instituciones tradicionales, incluye los Montes de Piedad y las Cajas de Ahorro (art. 2).

La **política de participación institucional** se realizó, en primer lugar, por la vía indirecta de las desamortizaciones. Entre las sucesivas medidas adoptadas con posterioridad a la moderada Ley de 1849,¹⁰ destaca por su impacto destructivo de los patrimonios de la Beneficencia privada la Ley desamortizadora general de 1 de mayo de 1855, inspirada por Madoz, reinando Isabel II, y de obje-

cencia pública [1845], Servicio de Publicaciones de la Universidad de Oviedo, s. f., p. 265.

⁸ Esta aclaración no es ociosa. En Juan Luis Beltrán Aguirre, *El régimen jurídico de la acción social pública*, Instituto Vasco de Administración Pública, Oñate, 1992, p. 81, se dice: «Piénsese que la beneficencia estaba íntimamente ligada a la sanidad ya que los enfermos infecciosos eran normalmente pobres. Se trata de proteger la salud pública, de prevenir la transmisión de enfermedades infecciosas y también de controlar la mendicidad y la vagancia. Era, pues, una cuestión de orden público.» Mar Moreno Rebato, *Régimen jurídico de la asistencia social*, Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, p. 17, afirma: «...la beneficencia estaba íntimamente unida a la sanidad, ya que los enfermos eran principalmente los pobres; se trata de evitar las enfermedades infecciosas y también de paso controlar a los mendigos y vagos; configurándose como una cuestión de orden público.»

⁹ Ver, por ejemplo, Enrique Orduña Rebollo, *Evolución histórica de la Diputación Provincial de Segovia 1833-1990*, Excma. Diputación Provincial de Segovia, Segovia, 1991, p. 186.

¹⁰ Sobre desamortizaciones, puede verse Francisco Tomás y Valiente, *El marco de la desamortización*

tivo hacendístico. En cuanto a las medidas directas, la política liberal continuó el acoso a las entidades asociativas, por ejemplo reactivando disposiciones del periodo ilustrado, como se haría por la Orden de 18 de noviembre de 1841. Tras la Restauración, liderada por el moderado Cánovas, se inicia una política en la que destaca la reivindicación de la Beneficencia privada. Pero, salvados casos particulares¹¹ y al contrario de lo que ocurriría con la Iglesia Católica¹², no tuvo lugar la restitución de los patrimonios desamortizados, ni la indemnización por los impagos de los intereses de los títulos recibidos a cambio, ni la compensación de la pérdida de valor de los mismos; veamos algunas disposiciones que considero significativas. El Real Decreto de 27 de abril de 1875 –sólo tres meses y pico después de la entrada en Madrid de Alfonso XII–, regula una pseudoprivatización de la Beneficencia pública, que se asocia con la privada; esto, siendo formalmente contrario a la desamortización, coincide con ella en el propósito de trasladar recursos privados a una función de responsabilidad pública.¹³ El Real Decreto de 27 de enero de 1885, cuyo objetivo declarado es la simplificación de textos normativos, establece con claridad la distinta titularidad de los establecimientos públicos, costeados por el Estado, la provincia o el Municipio, y los privados, costeados por fondos propios. El Real Decreto de 14 de marzo de 1899 regula el Protectorado del Gobierno en la Beneficencia particular.

Paso ahora a la **estructuración territorial de responsabilidades**. Con algunos vaivenes, según la alternancia política, la descentralización racional que estableciera la Ley de 1849 y su reglamento de 1852 prevalecerá. En cuanto al **modo de gobierno**, se produce el avance de los órganos políticos unipersonales sobre los colegiados: por disposiciones de 4 de noviembre y 17 de diciembre de 1868, Sagasta suprime, respectivamente, la Junta General de Beneficencia y las provinciales y municipales. En la Restauración se produce alguna medida de participación cívica, como la creación, en 1875, de una Junta de Señoras para auxiliar al Gobierno en los servicios de Beneficencia.

Tanto la normativa de Beneficencia como la de Administración Local irán adoptando medidas reguladoras de las **obligaciones públicas**, pero entiendo que puede servir como pauta general la seguida por el Reglamento de 1852. De este modo, no parece propio decir, como se ha hecho, que la Beneficencia pública se regía por un régimen de graciabilidad.¹⁴ Esto no obsta a que, en el orden de los hechos, esa atribución sea cierta en muchos casos, como consecuencia, entre otros factores, de la inseguridad de protección derivada de los graves problemas que afectaron tanto a la Beneficencia pública como a la privada. Por de

en España, Ariel, Barcelona, 1989.

11 Puede resultar ilustrativo el de la Fundación Carlos de Amberes, de Madrid, que puede verse en el folleto informativo de la entidad: *Renacimiento de la Fundación Carlos de Amberes: una vocación europea*, Madrid, 1992, pp. 42 y 43.

12 Me refiero al Concordato de 1851: ver Francisco Tomás y Valiente, *Op. cit.*, pp. 103 y 104.

13 El cambio que supone la citada Instrucción motiva la reformulación que hiciera de su obra Fermín Hernández Iglesias, *La Beneficencia en España*, Establecimientos Tipográficos de Manuel Minuesa, Madrid, 1876, dos tomos.

14 Para la crítica de esta tesis remito a Manuel Aznar López, «En torno a la Beneficencia y su régimen

pronto, una y otra adolecieron de dificultades financieras de modo habitual. Además, al menos en su primera época, se dieron muchos casos de administración ineficiente y aun de corrupción económica –así como de mala calidad asistencial–. Sirva como indicador de ello que la Real Academia de Ciencias Morales y Políticas convocó, en 1860, un concurso de memorias para buscar remedios al caos inicial.¹⁵

4.1.2. Metabolismo del complejo socioasistencial en el franquismo

En la segunda mitad del siglo XIX y primer tercio del XX se desarrolla la llamada cuestión social y los poderes públicos responden a la misma principalmente regulando las relaciones laborales y creando seguros sociales para los trabajadores. La importancia político-social de ambas líneas de acción es obvia, pero su impacto en la ayuda personal formalizada, que es el contenido de los servicios sociales, me parece muy escaso. Por ello, doy un salto hasta el segundo tercio del siglo pasado. **Durante el régimen franquista se producen episodios organizativos y aun institucionales importantes en la acción pública relativa a la ayuda personal, pero no se llegó al desarrollo material ni a las garantías jurídicas propias de los estados de bienestar de nuestro entorno internacional.**

Las novedades: Auxilio Social y Asistencia Social

En el curso de la guerra civil del 36 se crearon, en ambas «zonas», el Socorro Rojo y el Auxilio de Invierno, para hacer frente a necesidades emergentes de la población civil. Del segundo derivó Auxilio Social, que ya en 1937 se integraría en el aparato orgánico de Falange Española y de las J.O.N.S. mediante una Delegación Nacional. Su gestión sería encomendada a la Sección Femenina de Falange Española.¹⁶

El Gobierno General de la «zona nacional», mediante Orden de 29 de diciembre de 1936, provee a articular los establecimientos benéfico-sociales para niños y ancianos, así como a ordenar su financiación. Para este segundo fin, se crea el Fondo de Protección Benéfico Social. Sus fuentes eran privadas, de carácter aleatorio (cuestaciones, rifas, donativos particulares, etc.), y públicas, de naturaleza discrecional. La función de apoyo a la Beneficencia de este Fondo quedaría subordinada a la atención financiera de Auxilio Social, que vendría a converger en la tarea de la vieja institución, pero también a disputarle la atención política y los recursos financieros. Mediante Decreto de 19 de marzo de 1938 se regulan los fines del Fondo benéfico-social, que aparecen encabezados por éste: «Subvención a Estableci-

jurídico», *Civitas, Revista Española de Derecho Administrativo*, 92, octubre/diciembre 1996.

¹⁵ Fueron galardonadas –con premio, los dos primeros, y con accésit, el tercero– los siguientes autores y memorias: Concepción Arenal de García Carrasco, *La Beneficencia, la Filantropía y la Caridad*, Imprenta del Colegio de Sordo-mudos y Ciegos, Madrid, 1861; Antonio Balbin de Unquera, *Reseña histórica y teoría de la Beneficencia*, Imprenta del Colegio de Sordo-mudos y Ciegos, Madrid, 1862; José Arias Miranda, *Reseña histórica de la Beneficencia española*, Imprenta del Colegio de Sordo-mudos y Ciegos, Madrid, 1862.

¹⁶ Ver Mónica Orduño Prada, *El Auxilio Social (1936-1940), la etapa fundacional y los primeros años*,

mientos o Instituciones regidos por el “Auxilio Social” de Falange Española Tradicionalista y de las JONS.» La dependencia indirecta del Estado y la protección privilegiada por éste de Auxilio Social se mantuvieron durante la primera parte del régimen de Franco.

En la segunda etapa franquista, marcada por el acceso al Gobierno de los tecnócratas del Opus Dei a finales de los sesenta, se adopta la locución «Asistencia Social» –escrita con pretenciosas iniciales mayúsculas– para denotar la acción pública de objeto social marginalista. Dicha fórmula había sido utilizada durante la II República¹⁷ y en la Generalidad republicana de Cataluña,¹⁸ sin que llegara a cuajar en alternativa institucional relevante. Mediante la Ley de Fondos Nacionales, de 21 de julio de 1960, se crea –junto a otros tres– el de Asistencia Social (FONAS). Se trata de un instrumento de apoyo a programas públicos y privados destinados a personas de bajos ingresos. El FONAS fue la primera pieza jurídicamente visible de un pretendido sistema renovado de protección social pública. Mediante sus recursos se instituyeron ayudas monetarias garantizadas como derechos subjetivos para ancianos y enfermos afectos de secuelas invalidantes. Pero no se derivó del mismo ningún efecto importante en la rama de la ayuda personal. Es de notar, por otra parte, que la citada iniciativa se limitó a la esfera central –el sistema de la Beneficencia permanece intacto en Diputaciones y Ayuntamientos, salvo un intento de retoque terminológico¹⁹–.

Desguace de la Beneficencia y creación del INAS

Aparte de la sombra que recibía de las nuevas instituciones de acción político-social marginalista, la Beneficencia pública venía perdiendo protagonismo por el desarrollo de otros regímenes institucionales de intervención político-social que hacían parte del proceso de modernización –tardía– del Estado; me refiero a los Seguros Sociales y a ciertos servicios públicos de contenido o significado social (como protección de menores y de mujeres; y extensión cultural o desarrollo rural). En el plano orgánico, la Beneficencia pública sufrió una importante fractura causada por el Decreto de 27 de noviembre de 1967, que reorganiza la Administración civil para reducir el gasto público. Hasta ese momento, la competencia central sobre la Beneficencia pública en sus diferentes contenidos –ayuda personal o servicios sociales, acción educativa, ayuda material, asistencia sanitaria– estuvo atribuida al Ministerio de la Gobernación, que la ejercía mediante su Dirección General de Beneficencia. Por virtud del citado Decreto, se suprime la Dirección General de Beneficencia y Obras Sociales y se adscribe su cometido a la de Política Interior y Asistencia Social, salvo los hospitales centrales de la Beneficencia, que pasan a la Dirección General de Sanidad.

Escuela Libre Editorial, Madrid, 1996.

17 Ver Herta Grima y Consuelo Bergés, «Prólogo a la edición española», en Sofie Götze et al. *Problemas actuales de la asistencia social*, Librería Beltrán, Madrid, 1936.

18 Cristina Rimbau, «La obra sociasistencial de la Generalidad republicana», en Demetrio Casado y Encarna Guillén, *Manual de servicios sociales*, Editorial CCS, Madrid, 2005, p. 178.

19 Ver Juan Luis Beltrán Aguirre, *El régimen jurídico de la acción social pública*, Instituto Vasco de Ad-

La rama sanitaria de la Beneficencia central vendría a ser disuelta en el plano orgánico mediante el Decreto-ley de 29 de diciembre de 1972, por el que se crea el organismo autónomo Administración Institucional de la Sanidad Nacional (AISNA). En la misma se juntan y revuelven los servicios de salud pública o Sanidad Nacional (luchas contra enfermedades epidémicas y extensión sanitaria, principalmente), y los hospitales de la Beneficencia, de función principalmente asistencial marginalista. Tras la mezcla se produciría, ya en la etapa democrática, la disolución de la rama sanitaria de la Beneficencia pública. Según asesoramiento que se me brinda,²⁰ la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad permitió la integración de los servicios médicos de la Beneficencia pública en el aparato sanitario creado por la citada Ley. Estas serían las disposiciones relevantes al efecto: la derogatoria segunda, que degrada al rango reglamentario las disposiciones precedentes relativas a la estructura y funcionamiento de instituciones y organismos sanitarios; la final segunda, que encomienda al Gobierno la adopción de ciertas medidas de armonización y refundición de varias líneas asistenciales, entre ellas las relativas a la Beneficencia (3 y 4).

Volviendo a los otros contenidos de la Beneficencia pública, uno de los cuales –ayuda personal– interesa específicamente a esta exposición, debo dar cuenta ahora de la creación del Instituto Nacional de Asistencia Social (INAS), por Decreto de 5 de abril de 1974. En esta institución se subsumirían, por una parte, servicios de la Beneficencia pública de competencia central y, por otra, la Obra Nacional de Auxilio Social. De este modo se camufla, en el citado nivel central, la vetusta Beneficencia pública y se despolitiza y administrativiza Auxilio Social, a la vez que se integran los dos principales organismos prestadores de servicios sociales dependientes de la Administración Central. Digo sólo principales en consideración a la existencia de otros especializados, insertos en el Patronato de Protección de Menores, en el de la Mujer y en el de asistencia social a los presos y a sus familias, principalmente; sus destinatarios no se discriminan por condiciones socioeconómicas, sino por necesidades especiales.²¹

El alcance meramente organizativo y de imagen de la operación INAS se corresponde con la ausencia de avances de la Asistencia Social en lo relativo al ámbito de la acción protectora y/o al régimen institucional. En los años sesenta y setenta, aparte de las medidas normativas reseñadas, se registran varios intentos doctrinales de identificar las características institucionales y/o técnicas diferenciadas de la nueva etiqueta, sin resultados plausibles.²² En documentos del

ministración Pública, 1992, p. 102.

²⁰ María Eugenia Zabarte, nota personal, marzo de 2003.

²¹ Para completar el inventario de servicios sociales, si no dependientes, relacionados con la Administración Central, debo recordar los integrados en estos dos aparatos paraestatales: 1) la Secretaría General del Movimiento, en cuyo seno se constituyó una línea de servicios socioasistenciales, como los de la Obra Nacional del citado Auxilio Social; 2) la Organización Sindical, que desarrolló sus «Obras Sociales», con escasos cometidos en la rama que nos interesa.

²² Ver, por ejemplo, Secretaría General Técnica del Ministerio de Trabajo, *Informe sobre los Servicios Sociales y la Asistencia Social*, multicopiado, Madrid, 1966, p. 14; y Comisaría del Plan de Desarrollo Eco-

periodo indicado se observa la pauta de conservar la denominación «Beneficencia» para la privada, en tanto que la acción pública de objeto social marginalista es identificada como «Asistencia Social».²³ Pero el hecho jurídico-institucional es que la Beneficencia pública prevaleció a los citados destrozos orgánicos. Así se reconoce en la exposición de motivos de la Ley 30/1994, de 24 de noviembre, de Fundaciones y de Incentivos Fiscales a la Participación Privada en Actividades de Interés General: «La vieja Ley de 20 de junio de 1849, General de Beneficencia, sin duda una de las disposiciones más antiguas de las que todavía se encuentran formalmente en vigor en el ordenamiento español.» (III.1). Identificada la reliquia, esa Ley acaba inequívocamente con ella, así como con el Reglamento de 1852, mediante su disposición derogatoria única.

4.1.3. La marca «servicios sociales»

Vamos a ver en este apartado la afloración en España del sintagma «servicios sociales» y las principales iniciativas institucionales que lo adoptan. En cierta publicación aparecida en los albores de la presente democracia, y destinada aparentemente a la educación popular, se dice que «Los Servicios Sociales no son cosa de la caridad» y que «Son un derecho de los ciudadanos». Pero veremos que fue Cáritas quien los dio a luz por vez primera; y veremos también que la primera recepción de los servicios sociales en el sector público español tuvo lugar en una Seguridad Social dedicada a la protección de los trabajadores y sus familias, no de la ciudadanía.

Primera versión

En el año 1957 se crea la Sección Social de Cáritas Nacional, a la que seguirían otras homólogas en muchas diócesis y algunas parroquias. Tales órganos nacen para generar lo que su inspirador y director, Rogelio Duocastella, denominó «acción social»;²⁴ se trataba de superar la que él mismo consideró «acción benéfica» tradicional, consistente en ayudas materiales de sostenimiento. Para ello, se emprenderían actividades técnicas de atención asistencial, organizaciones cooperativas, iniciativas de desarrollo social de grupos y promoción del equipamiento social de comunidades. La expresión técnica de este proyecto ha quedado registrada principalmente en los primeros números de la revista *Documentación Social*. En el que encabeza la serie se adopta la locución «servicios sociales» para referirse a estas actividades: «Guarderías o casas de infancia», «Cooperativas de consumo», «Cooperativas de crédito para la adquisición de ciertos artículos o servicios», «Servicios de ahorro popular», «Colonias de vacaciones», «Servicios de orientación jurídico-social», «Escuelas de hogar, noc-

nómico y Social, *Seguridad Social, Sanidad y Asistencia Social*, Madrid, 1967, pp. 48 y ss.

²³ Ver, por ejemplo, Ramón Martín Mateo, «La Asistencia Social como servicio público», en *Guía de actividades públicas asistenciales*, Ministerio de Gobernación, 1967, pp. 68 y 69.

²⁴ Demetrio Casado, «Los Servicios Sociales en el estado de las autonomías», *Cáritas*, nº 224, junio de 1985, y Antonio Gutiérrez Resa, *Cáritas Española en la sociedad de bienestar y la postmodernidad: 1942-*

turnas, para jóvenes», «Escuelas de preaprendizaje», «bibliotecas populares, cursillos, conferencias», «Residencias de obreros», «Dispensarios sociales» y «Servicios asistenciales de migración».²⁵ Como puede verse: **estos servicios sociales abarcaban actividades de varias ramas, como la Beneficencia; en cambio, su ámbito subjetivo eran las clases populares, no sólo los desvalidos y los pobres; por su carácter privado, no son definibles como institución de obligaciones y/o derechos, sino que se trata de actividades de carácter voluntario y enfoque promocional o de desarrollo.**

La Sección Social de Cáritas tuvo un gran impacto, tanto dentro como fuera de la institución. Pero no he hallado información probatoria de que la acuñación terminológica «servicios sociales» trascendiera. Ni siquiera la institución en cuyo seno naciera la ha reivindicado ni mantenido para su propio uso.

*Servicios Sociales –con iniciales mayúsculas– de la Seguridad Social*²⁶

Con fecha 28 de diciembre de 1963 se aprueba la Ley de Bases de la Seguridad Social. Tras unos años de crecimiento económico y con ingresos crecientes por cotizaciones de los seguros sociales, esta norma vino a dar el salto desde el agregado irregular de los mismos –Previsión Social–, con cobertura social bastante limitada, a un sistema articulado de protección social, de tendencia social masiva, bien que limitada a los afiliados o cotizantes y sus familiares. Este era el cuadro de su acción protectora (base quinta 18):

- «a) La asistencia sanitaria en los casos de maternidad, de enfermedad, común o profesional, y de accidentes, sean o no de trabajo.
- b) Las prestaciones económicas en los supuestos de incapacidad laboral transitoria, invalidez, vejez, desempleo, muerte y supervivencia, así como las que se otorguen en contingencias y situaciones especiales que se regulen.
- c) El régimen de protección a la familia.
- d) Los Servicios Sociales que dentro de los límites de los recursos financieros le corresponda asumir o le fueran asignados en materia de asistencia, medicina preventiva, higiene y seguridad del trabajo, reeducación y rehabilitación de inválidos, empleo o colocación, promoción social y en aquellas otras en que el establecimiento de tales Servicios se considere conveniente o resulte necesario por exigencias de una más adecuada coordinación administrativa...»

Las acciones a), b) y c) son el núcleo de la Seguridad Social, sus prestaciones básicas. Las mismas serían reguladas mediante el Texto Articulado de la Ley de Bases, que se aprobó por el Decreto 907/1966, de 21 de abril. Poste-

1990, 1991, pp. 237-238.

²⁵ Dr. R. Duocastella, «Necesidad de una “Acción social” en las Cáritas Diocesanas, en *Documentación Social*, nº 1, 1958, p. 8.

²⁶ Esta rúbrica está compuesta principalmente con extractos de mi trabajo: «Servicios Sociales de la

riormente, les afectaría la Ley 24/1972, de 21 de junio, de financiación y perfeccionamiento de la acción protectora. Ambas leyes serían objeto del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por el Decreto 2.064/1974, de 30 de mayo. Las prestaciones del inciso d) son complementarias. Aun cuando en el mismo se denota al conjunto de ellas con la denominación «Servicios Sociales», procede indicar que en la propia Ley distingue en otras disposiciones dos clases diferenciadas.

Los «Servicios Sociales» propiamente dichos, que tienen inspiración internacional,²⁷ son concebidos «Como complemento de las prestaciones otorgadas ante las diversas situaciones y contingencias» y buscan «la apertura hacia campos nuevos y fecundos de promoción social y comunitaria», según se dice en el preámbulo de la Ley (III.1). La misma franquea el paso a la creación de los Servicios Sociales en campos no limitados, según indica la disposición transcrita, si bien habilita estos cuatro Servicios Sociales: Higiene y Seguridad del Trabajo, Medicina Preventiva, Reeducación y Rehabilitación de Inválidos y Acción Formativa (base decimoquinta). Los mismos se mantienen en las leyes sucesivas citadas, salvo que en el Texto refundido se adopta para el tercero de estos servicios la denominación «Recuperación de inválidos».

En el inciso d) se menciona la materia «asistencia» como una de las posibles de los Servicios Sociales, pero la propia Ley previene más adelante un «régimen de asistencia», en estos términos: «La Seguridad Social, con cargo a fondos que a tal efecto se determinen, podrá dispensar a las personas incluidas en su campo de aplicación y a los familiares o asimilados que de ellas dependan, los servicios y auxilios económicos que en atención a estados y situaciones de necesidad, se consideren precisos previa demostración, salvo en casos de urgencia, de que el interesado carece de los recursos indispensables para hacer frente a tales estados o situaciones.» (base decimosexta, 67). El Texto articulado mantiene esa concepción, que no sería afectada por la Ley de 1972.

De lo expuesto se desprende que: **los Servicios Sociales de la Seguridad Social no se definen por un ámbito material determinado, sino que abarcan la acción sanitaria, la ayuda personal y la educativa y de capacitación; no estaban destinados, como los servicios y prestaciones de la Beneficencia a los pobres y desvalidos, sino que su ámbito subjetivo era el de la población trabajadora, protegida por la Seguridad Social; el régimen jurídico de provisión y acceso no se define por la obligatoriedad de protección y el derecho subjetivo a recibirla propio de las prestaciones básicas, sino que es discrecional, en cuanto que ha de atenerse a limitaciones de recursos; lo que caracteriza a los servicios sociales de la Seguridad Social es la**

Seguridad Social», en *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, nº 11, Diciembre de 2003.

27 La Asociación Internacional de la Seguridad Social, en la que participaba la Previsión Social española, se interesa públicamente por los servicios sociales a partir de 1959 y los incluyó en la agenda de su XIV Asamblea General, celebrada en 1961. Puede seguirse la conciencia internacional de la época sobre los servicios sociales como instrumento complementario de la Seguridad Social en: Nations Unies, *Cycle européen sur les rapports entre la Sécurité Sociale et les services sociaux. Rapport*, SOA/ESWP/1963/1,

voluntad política de ampliación del cuadro de las prestaciones básicas. A mi parecer, este voluntarismo de la Seguridad Social debe relacionarse, por de pronto, con su pujanza financiera en aquella época; por otra parte, la acción discrecional puede resultar muy atractiva para cualquier agente en cuanto que le permite expresar sensibilidad diferencial por situaciones especiales.

Los Servicios Sociales de la Seguridad Social sobrevivientes

De los servicios sociales creados en la Seguridad Social, sólo algunos de ellos fueron relevantes para el desarrollo de la rama de actividades que interesa a esta exposición. A ellos me refiero seguidamente.

El primer Servicio Social creado dentro de la Seguridad Social no se fundó en las disposiciones legales específicas. La Ley de Bases comprometió, dentro de la protección de la familia, un tratamiento especial para las que hubieran hijos subnormales (base undécima). Esta previsión fue recogida por el Texto Articulado Primero (disposición final 4^a), y en él se fundó la creación, mediante Decreto de 20 de septiembre de 1968, del Servicio Social de Asistencia a los Menores Subnormales. Dicha norma fue modificada por otra de igual rango y fecha de 9 de abril de 1970 en el sentido de suprimir el límite de edad de los beneficiarios finales.²⁸ Por Orden de 8 de mayo de ese año se aprueba el texto refundido de las normas reguladoras de asistencia de la Seguridad Social a los subnormales. Como se ve, se suprime la palabra «menores» en la denominación del Servicio Social. A la vista de su base jurídica, cabe preguntarse si a la nueva criatura se le asigna la denominación «Servicio Social» con propiedad, dentro del marco terminológico de la Seguridad Social. Otro asunto taxonómico que conviene señalar es que el término «subnormal» se emplea en la citada norma en sentido muy amplio.

La cobertura subjetiva de este ente, dentro del ámbito de la Seguridad Social contributiva, no viene limitada por factores socioeconómicos, sino por las necesidades técnicas de los hijos afectos de la llamada subnormalidad. El objeto y los recursos previstos para la acción del Servicio fueron: 1) la concesión de «una aportación económica de mil quinientas pesetas mensuales, para contribuir al sostenimiento de los gastos que la educación, instrucción y recuperación de los menores subnormales origine a los familiares que los tengan a su cargo»; 2) la creación de centros para desarrollar esas funciones. De estos dos medios, la práctica de gestión consolidó el primero y soslayó el segundo; como, por lo demás, no se exigió la aplicación de la aportación económica a su fin, el Servicio Social se desnaturalizó. La provisión de los medios es adquisitiva, por el carácter contributivo de la Seguridad Social. En cuanto a la técnica de protección, el

Genève, 1964.

²⁸ Esta Orden, así como las disposiciones relativas a los Servicios Sociales que se crearon después, son acordadas o propuestas durante el mandato como Ministro de Trabajo de Licinio de la Fuente, nombrado en octubre de 1969. El mismo, que cesó en la Delegación del Instituto Nacional de Previsión Social por discrepancias con el titular a propósito del diseño de la futura Ley de Bases de la Seguridad Social, fue muy activo en el desarrollo de los Servicios Sociales que la misma posibilitaba. Ver Licinio de la Fuente: *Va-*

Decreto instituyente parece entrañar un compromiso de derechos subjetivos, el cual puede verse confirmado en la Orden de 22 de febrero de 1969 por la que se dictan normas de aplicación del Decreto. Así pues, la Seguridad Social debió con un Servicio Social atípico en su fundamento y desarrollo.

El segundo Servicio Social de la Seguridad Social al que se dio existencia operativa fue el de Asistencia a Ancianos, creado por Orden de 19 de marzo de 1970. En este caso se tomó base jurídica en el carácter abierto de la enumeración de Servicios Sociales del Texto Articulado Primero de 1966 (art. 20.1d). La citada Orden define el ámbito subjetivo del Servicio Social de acuerdo, en términos generales, con su denominación (art. 3). El criterio de acceso, siempre dentro del ámbito subjetivo de la Seguridad Social, tampoco es en este caso la pobreza u otra circunstancia de menesterosidad efectiva, sino las necesidades o aspiraciones especiales relacionadas con la edad y/o con la condición de pensionista. La Orden prevé una gama o cartera de medios gerontológicos para el Servicio Social (ayuda a domicilio, centros de día, residencias y otros indeterminados). En cuanto a la técnica de protección, la clave viene dada por la palabra que subrayo en esta formulación de la norma citada: «El Servicio Social de Asistencia a los Ancianos **podrá** ejercer su acción mediante: (sigue la enumeración de medios)» (art. 2). No establece, pues, la norma derechos subjetivos de acceso a tales medios; no obliga a que la Seguridad Social los provea en cantidad y régimen de oferta determinados; así pues, como mucho, se trata de un mandato prestacional no determinado; como poco, estamos ante una mera habilitación administrativa para el servicio común –de los distintos regímenes de la Seguridad Social– que crea la propia Orden (art. 1.2).

El Servicio Social de Asistencia a los Ancianos fue rebautizado como de Asistencia a Pensionistas de la Seguridad Social con ocasión de la Orden de 5 de abril de 1974 (art. 1), cuyo objeto propio fue la aprobación del Estatuto de Personal del mismo. Se aprovechó también esa norma para explicitar la dimensión orgánica y la prestacional del Servicio: «con el carácter de un Servicio Común gestor de un Servicio Social de los previstos en el ap. d) del num. 1 del art. 20 de la Ley de Seguridad Social» (art.1). Se produciría un nuevo cambio de la denominación del Servicio, según se verá después.

La creación operativa del tercer Servicio Social de la Seguridad Social también se vio afectada por alguna anomalía, implicada en los hechos que reseño seguidamente. El Texto Articulado Primero de la Ley de Bases, aprobado por Decreto 907/1966, de 21 de abril, trata las prestaciones recuperadoras como si tuvieran carácter indemnizatorio y no rehabilitador, pues las pospone a la declaración de invalidez (art. 139). En cuanto al Servicio Social de reeducación y rehabilitación de inválidos, el Texto Articulado transforma la concepción del mismo en la Ley de Bases al encomendarle la misión de cubrir, con carácter de asistencia social, casos excluidos del régimen ordinario de las prestaciones de reeducación y rehabilitación (art. 30). He aquí su regulación: «El Ministerio de Trabajo, coordinadamente con la Seguridad Social y en régimen de colaboración en su caso con la organización sindical o con otras Instituciones públicas, de la Iglesia o privadas, organizará los Servicios Sociales para extender la acción pro-

tectora, en línea de asistencia social, con el ritmo y alcance que permitan las disponibilidades financieras a las personas que carezcan del derecho previsto en el artículo anterior –a la reeducación y la rehabilitación–; señaladamente y entre otras a los inválidos permanentes que sean pensionistas de la Seguridad Social con anterioridad a la vigencia de la presente Ley» (art. 31). La opción institucional sustantiva –«extender la acción protectora»– de esta regulación se aparta de la concepción organizatoria o instrumental del Servicio Social de reeducación y rehabilitación de inválidos adoptada por la Ley de Bases.²⁹

Mediante el Decreto 2531/1970, de 22 de mayo, sobre empleo de trabajadores minusválidos se crea, vinculado a la Dirección General de la Seguridad Social, el que denomina Servicio Social de Recuperación y de Rehabilitación de Minusválidos (art. 22.1). La acción asignada al mismo se sitúa en un ámbito subjetivo más amplio que el de los trabajadores inválidos por el trabajo. En efecto, la norma toma como objeto de sus medidas a las «personas en edad laboral que estén afectadas en su capacidad física o psíquica en el grado que reglamentariamente se determine, sin que en ningún caso pueda ser inferior al treinta y tres por ciento, que les impida obtener o conservar empleo adecuado» (art.1). Muy razonablemente, prevé que el grado de capacidad se determinará después de recibir los tratamientos recuperación (art. 2). El contenido sustantivo del Decreto consiste en «Medidas de recuperación, formación y empleo», que hacen parte de las que suelen denominarse políticas activas. El cometido material que se prevé para el nuevo Servicio Social (SEREM, según el acrónimo que se le adjudicará), además de las acciones que se le asignen reglamentariamente, consiste en «principalmente las encaminadas a la rehabilitación médica y laboral».

Como los anteriores Servicios Sociales, el SEREM no verá limitado su ámbito subjetivo por niveles de renta, sino por el grado de discapacidad, según vimos. El derecho de acceso es discrecional, ya que no se regula el derecho subjetivo correspondiente.

Por medio del Decreto 7317/1974, de 21 de febrero, se produce la fusión de los servicios comunes concernientes a subnormales y a minusválidos; prevaleció este último con la denominación Servicio Social de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos Físicos y Psíquicos, al que se le mantuvo el acrónimo SEREM. Por lo dicho anteriormente, resulta obvio que se integraron dos servicios comunes responsables de sendos Servicios Sociales, estos de muy distinta naturaleza institucional. Cabe entender que esta circunstancia fue positiva en el orden práctico, en cuanto que las diferencias eran complementarias y su anexión vino a propiciar la construcción fáctica de una agencia única y referencial para los asuntos de la discapacidad. En un orden casuístico, cabe entender que el Servicio Social de Asistencia a Subnormales, mediante la capacidad del servicio común de su socio, vino a tener al fin posibilidad de construir aquellos centros previstos como segunda vía de su acción en la norma que lo instituyera.

lío la pena. Memorias, Edaf, Madrid, 1998, pp. 87, 126 y 169.

29 Ver Manuel Aznar López y Carlos Osuna Novel, «Antecedentes», en *10 Años del Servicio Social*

Este epígrafe debe concluir reseñando el Real Decreto-Ley 36/1978, de 16 de noviembre, sobre gestión institucional de la Seguridad Social, la salud y el empleo. Para apreciar su significado debo recordar, en primer lugar, que las circunstancias económico-sociales eran muy distintas de las que propiciaron la creación de los Servicios Sociales de la Seguridad Social a partir de la Ley de Bases. La crisis económica mundial, subsiguiente a las fuertes subidas del precio del petróleo en 1971 y 73, se había instalado plenamente en España; su efecto deletéreo sobre el empleo pudo verse reforzado por unas reivindicaciones laborales que encontraron la mejor circunstancia política para manifestarse (el cambio de régimen político) y la peor coyuntura económica para ejercerse sin graves efectos secundarios. Resulta por ello plausible que el *Libro Blanco de la Seguridad Social*³⁰ recomendara descargar a ésta. La operación vino avalada por los Pactos de la Moncloa (8-27 de octubre de 1977), promovidos por el Presidente Suárez. El Gobierno y los partidos políticos con representación parlamentaria acordaron un paquete de medidas de ajuste económico, además de otras de carácter político propias de la circunstancia. Para la Seguridad Social, se adoptó el objetivo de reducir costes, ya que sus cargas dificultaban el desenvolvimiento empresarial y del empleo, y racionalizar su estructura de gestión, y ambos objetivos afectaron a sus Servicios Sociales: «Se presentará al Congreso un proyecto de Ley que contemple la reestructuración de las actuales Entidades Gestoras de la Seguridad Social de acuerdo con los principios de simplificación, racionalización, ahorro de costes, eficacia social y descentralización. Asimismo se pasarán a la Administración del Estado el Servicio de Empleo y Acción Formativa, Promoción Profesional Obrera, Instituto Español de Emigración y Servicio de Universidades Laborales, así como el Servicio de Seguridad e Higiene, excepto en las funciones que éste realice de medicina preventiva laboral» (VI.A).

El Real Decreto-Ley citado –en cuya fecha ya había sido aprobada la Constitución en el Parlamento y estaba próxima a ser sometida a referéndum–, llevó a términos jurídicos los Pactos de la Moncloa en lo relativo a la gran institución socioprotectora y vino a superar la acumulación histórica de órganos de gestión de la Seguridad Social adoptando una estructura funcional –salvo en lo que se refiere al Instituto Social de la Marina (disposición adicional tercera)–.³¹ Por lo que aquí interesa, se crea el Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO), con carácter de entidad gestora de la Seguridad Social, «para la gestión de servicios complementarios de las prestaciones del Sistema de Seguridad Social» (art. 1.3). Aun cuando la expresión «servicios complementarios» pudiera alcanzar a la Asistencia Social de la Seguridad Social, sólo se integran en el INSERSO los Servicios Sociales para la Tercera Edad y para Minusválidos, a la vez que se prevé uno nuevo de Programas Especiales. Los otros Servicios Sociales tuvieron este tratamiento: 1) se crea, dentro de la Seguridad Social, el Servicio Social de Medicina Preventiva; 2) se transfieren a la Administración del Estado los Servicios Sociales

de *Minusválidos*, Instituto Nacional de Servicios Sociales, Madrid, 1983, pp. 20 y 21.

30 Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, Madrid, 1977.

31 Ver Manuel Aznar López, «Una institución centenaria: La Seguridad Social española», *Revista de*

de Universidades Laborales, de Empleo y Acción Formativa, y de Higiene y Seguridad en el Trabajo. Por su contenido técnico, el Servicio Social de Medicina Preventiva no mantuvo de hecho identidad de servicio social; los Servicios Sociales que salen de la Seguridad Social la pierden formalmente en cuanto que era ella la que se la confería. Por las citadas circunstancias cabe decir que sólo sobreviven a la operación Pactos de la Moncloa los Servicios Sociales integrados en el INSERSO.

Tras promulgarse la Constitución, la regulación de la estructura y competencias del INSERSO se llevó a cabo por el Real Decreto 1856/1979, de 30 de julio, en el que dispone que «El Instituto ejercerá su acción fundamentalmente a través de los Servicios Sociales de la Tercera Edad, de Minusválidos Físicos y Psíquicos y de Programas Especiales» (art. 1.2). No aborda la norma las cuestiones sustantivas de tales servicios, pero cabe entender que los dos primeros son los preexistentes de Asistencia a Pensionistas, con nueva denominación, y Rehabilitación y Recuperación de Minusválidos, con nombre abreviado. El Servicio Social de Programas Especiales fue suprimido por disposición posterior, antes de que llegara a regularse. Así pues, no hay ninguna novedad institucional sustantiva que analizar.

4.1.4. Iniciativas de la Transición concernientes a los servicios sociales públicos

En el curso del régimen de Franco llegó a producirse una importante diversificación de las instituciones y organismos públicos con responsabilidades en la función de ayuda personal polivalente; las reseño seguidamente, sin ánimo de ser exhaustivo. En el área de Gobernación, la Beneficencia pública incluía, entre otros, ese cometido; su nivel central había sido encomendado al INAS, en tanto que las Diputaciones y los Ayuntamientos tenían la responsabilidad de la Beneficencia provincial y municipal. En el área de Justicia se prestaba ayuda personal, junto a otras intervenciones, en la Obra de Protección de Menores, en el Patronato de Protección de la Mujer y mediante la Asistencia Social de presos y ex reclusos. En el área de Trabajo, además de los Servicios Sociales de la Seguridad Social, realizaba funciones de ayuda personal, entre otras, el Instituto Español de Emigración. En las áreas de Agricultura y de Vivienda se mantenían actividades de organización y desarrollo comunitario. Debo recordar, por otra parte, que en el Estado franquista se conectaban estrechamente con el sector público la Secretaría General del Movimiento y la Organización Sindical, que monopolizaron la participación política y la acción sindical; esas entidades, además de sus cometidos específicos, actuaron en otros campos por medio de servicios, alguno de ellos próximo a la ayuda personal polivalente que interesa a esta exposición.

Operaciones integradoras diversas

En la coyuntura de la Transición a la democracia, la marca «servicios so-

Trabajo y Asuntos Sociales (Seguridad Social), nº 24, 2000, p. 86 y 87.

32 Debo resaltar sobre todo los estudios comparados internacionales de Gloria Rubiol: *Los Servi-*

ciales» fue retomada en España mediante la exploración internacional llevada a cabo, en los años 70, por algunas asistentes sociales –según la terminología de la época–, de Barcelona.³² Varias de ellas participaron en las diferentes ramas del socialismo catalán y también en los debates y las publicaciones del Partido Socialista Obrero Español (PSOE), alcanzando así sus aportaciones dimensión nacional.³³ Aparte de otros aspectos, estas iniciativas implicaron la idea de la integración de los servicios sociales públicos.

En el plano oficial, las citadas instituciones corporativistas del régimen de Franco fueron desmontadas como trámite previo al cambio de régimen. La Organización Sindical mantenía varias Obras Sociales que se despolitizaron, primero, mediante la creación de la Administración Institucional de Servicios Socio-profesionales, organismo autónomo de la Administración del Estado, creado por Real Decreto-ley de 3 de octubre de 1976. Su adscripción administrativa, a diversos ministerios, se hizo por Real Decreto de 14 de abril de 1978. La intervención de la Secretaría General del Movimiento en la rama de las actividades de ayuda personal polivalente era materialmente pequeña tras la integración en la Administración del Estado de Auxilio Social. Las actividades y órganos del Movimiento Nacional pasaron a la esfera estatal pública por Real Decreto-ley de 1 de abril de 1977. Su integración administrativa se haría inicialmente mediante el Ministerio de Cultura y Bienestar, creado por disposición de 4 de julio de 1977. Por lo indicado respecto a su ámbito material, las operaciones reseñadas supusieron un aporte pequeño a la rama pública de los servicios sociales, pero fueron relevantes en sentido negativo, al eliminar cauces de derivación de los mismos.

Se produjo otra acción pública propiciadora de la integración de los servicios sociales en el sector público al crearse, en el Ministerio de Trabajo, mediante Real Decreto de 15 de abril de 1977, la Dirección General de Asistencia Social y Servicios Sociales –posteriormente se denominará de Servicios Sociales, primero, y de Acción Social, después–. En ella se concentraron las competencias concernientes a Beneficencia y Asistencia Social, adscritas al Ministerio de la Gobernación, y las de Servicios Sociales de la Seguridad Social, encomendadas al Departamento de Trabajo. Ésta era una medida de racionalización organizativa, pero cabe entender que expresaba también el deseo de integración de las instituciones concernidas en pro de la superación de desigualdad de trato a los ciudadanos que se derivaba del fraccionamiento institucional.

Primera consulta internacional sobre servicios sociales

Estando en el Gobierno la Unión de Centro Democrático, la Dirección General de Servicios Sociales, del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, orga-

cios Sociales: organización y funcionamiento en Gran Bretaña, Yugoslavia, Israel y los Países Bajos, IN-SERSO, Madrid, 1982, y *Servicios Sociales II: Leyes de Servicios Sociales en Europa*. Siglo XXI, Madrid, 1986.

³³ Ver Demetrio Casado y Encarna Guillén, *Manual de servicios sociales*, Editorial CCS, Madrid, 2005,

nizó una Consulta internacional. Se celebró del 16 al 20 de enero de 1978 y fue provista por el Programa Europeo de Desarrollo Social, de la Oficina de Naciones Unidas de Ginebra. Veamos seguidamente lo que me parece principal de sus «Conclusiones y Recomendaciones»;³⁴ las mismas deben ser referidas al objetivo de la Consulta, consistente en brindar asesoramiento a la Administración española con vistas a «reorganizar el sistema nacional de servicios sociales dentro del contexto general del proceso de avance hacia la reforma políticoadministrativa del país». Se pidió que las orientaciones versaran sobre las relaciones entre organismos públicos centrales, entre los distintos planos territoriales también del sector público y de los organismos públicos con las organizaciones voluntarias, así como sobre la participación popular en la rama.

Se recomendó la promulgación de una ley general de alcance nacional de servicios sociales, lo que era novedad en el momento.³⁵ Entre sus objetivos, destaco estos: establecer los derechos y obligaciones de los individuos, regular las funciones y los criterios relativos a las prestaciones, fijar las relaciones con otros sistemas de atención social (sanidad, Seguridad Social, etc.), establecer las relaciones entre los sectores institucionales público y privados, medios de coordinación. Aparte de la ley, se encarece la conveniencia de coordinar la acción en las distintas ramas sociales recomendando el recurso a comisiones interministeriales. En el orden central, se avaló, finalmente, la idea de un «organismo nacional de servicios sociales con autonomía funcional y política». El instituto que se preconizaba iba más allá de la fusión de direcciones generales acordada en 1977 y aun de lo que vendría a ser el INSERSO, creado al final del año 1978, en que se celebra la consulta. Aparte de esto, las previsiones expuestas suponían un poder político central que conservaría al menos la facultad de promulgar la normativa básica de los servicios sociales.

La cuestión de las relaciones entre los distintos niveles territoriales, dentro del sector público, se aborda mediante el concepto de descentralización. Se acordó recomendarla, si bien habría de producirse previamente una racionalización funcional y organizativa en el plano central. Se consideró, pues, que habría de aprovecharse la fuerte concentración de competencias que a la sazón se daba en los poderes centrales para arreglar la parte pública de la rama, con el fin de evitar la multiplicación del desorden que seguiría a una descentralización sin reforma previa. Se suponía, pues, que la cesión de responsabilidades desde el centro hacia la periferia del Estado podría hacerse de modo controlado. Las relaciones entre los poderes y organizaciones públicas con las entidades voluntarias se embutieron en la idea de participación social, sin dejar de considerar la

p. 216.

³⁴ Las mismas forman parte del documento final de la Consulta, del que me he servido en su versión castellana: *Consulta sobre política de la organización y administración de los servicios sociales en España*, Nations Unies, New York, 1979.

³⁵ En 1976 y en la Dirección General de Asistencia Social se concluyó un Borrador de Anteproyecto de Ley de Bases de Asistencia Social y Beneficencia, al parecer obra principalmente de Gregorio Rubio Nombela, subdirector general en ese centro directivo. Como su denominación sugiere, este documento se conecta más con el enfoque institucional tradicional que con el de especialización técnica de los servicios

función prestadora de servicios de dichas entidades. En este punto la Consulta encarece «evitar duplicidad de esfuerzos, derroche de recursos y prestaciones desiguales», aconsejando «realzar el papel complementario de las organizaciones voluntarias en relación con el de los organismos públicos». Parece, pues, que se prioriza la racionalidad económica y el criterio de igualdad de trato sobre la creatividad social.

En cuanto a la participación popular, se aconseja crear mecanismos *ad hoc* que vinieran a sustituir o a ponerse en paralelo «a los canales normales de participación en una sociedad democrática: órganos locales electos, poderes políticos, sindicatos, grupos interesados, órganos voluntarios, organizaciones de consumidores, etc». Reaparecen aquí las entidades voluntarias –entendemos que se trata de las específicas de la rama– invitadas a jugar, junto a otras fuerzas, un papel político de profundización democrática. No bastaba con disolver el oligopolio de la participación que el régimen franquista montó mediante la Secretaría General del Movimiento y la Organización Sindical; había que ocupar el espacio liberado.

La recomendación de integrar primero y transferir después, que se adopta en la Consulta, no fue atendida. La presión nacionalista y aun regionalista llevó al establecimiento de regímenes preautonómicos antes de aprobarse la Constitución; el primero de ellos, mediante el Real Decreto-ley 41/1977, de 29 de septiembre, sobre restablecimiento provisional de la Generalidad de Cataluña. El proceso de transferencias de las materias consideradas en la exposición precedente se inicia con las relativas al FONAS.

4.2. LOS SERVICIOS SOCIALES A PARTIR —Y PESE— A LA CONSTITUCIÓN DE 1978

Tras aprobarse la Constitución de 1978, tiene lugar una amplia y deliberada acción reformadora de la ordenación pública de los servicios sociales. Reseñaré este proceso en su faceta institucional principalmente y sólo con propósito historiográfico. Dicho en negativo: por una parte, no pretendo establecer interpretaciones jurídicas, sino meramente lógicas, de las normas que habré de reseñar; por otra, no abordaré el desarrollo del parque de los servicios sociales como hiciera en mi aportación al *V Informe FOESSA*.³⁶ Quede citado nuevamente dicho trabajo con carácter general como fuente de la que extracto y/o adapto numerosos pasajes del texto que sigue.

4.2.1. La Constitución y los servicios sociales

La Constitución utiliza la expresión «servicios sociales» al referirse a la protección social de la «tercera edad» (art. 50), pero con una acepción a la vez amplia y mutilada. Amplia, en cuanto que abarca varias ramas de actividades

sociales.

(«salud, vivienda, cultura y ocio»); mutilada, porque omite justamente la de ayuda personal, que ya había sido institucionalizada incluso para el área referida. En efecto, mediante Orden del Ministerio de Trabajo, de 19 de marzo de 1970, que se funda en la enumeración abierta de Servicios Sociales que hiciera el Texto Articulado de las Bases de la Seguridad Social, aprobado por Ley antes citada (art. 20.1.d), se creó el Servicio Social de Asistencia a los Ancianos –hoy subsistente, con otra denominación–.

A propósito del proyecto de Ley sobre dependencia funcional, a la sazón en trámite parlamentario, el Presidente Rodríguez Zapatero, en el debate sobre el estado de la Nación –en denominación abreviada– que tuvo lugar en mayo de 2006, ha dicho que «cuando el constituyente elaboró la Constitución seguramente no tenía en la cabeza» los servicios sociales; y atribuye tal hecho a que «la realidad de nuestro país, desgraciadamente, presentaba una escasisima extensión de los servicios sociales».³⁷ En la coyuntura constituyente los servicios sociales inmersos en las instituciones marginalistas tradicionales habían alcanzado un desarrollo material estimable; y en la Seguridad Social, tras institucionalizarlos con esa denominación específica, se había desarrollado una red nueva importante. El déficit no estaba en la circunstancia material u objetiva, sino en la dotación conceptual y en la información del constituyente; el uso que hace en el artículo 50 de la locución «servicios sociales», así lo indica sin lugar a dudas. De este modo, no era subjetivamente posible que la Constitución regulara esta materia, ni en el orden sustantivo, ni en el de las competencias.

Por otra parte, la Constitución no menciona la Beneficencia –ni la beneficencia–, envase institucional del grueso de los servicios sociales pretéritos –, así como de prestaciones sanitarias, económicas y educativas–. En los primeros borradores se hablaba de «beneficencia y asistencia social» pero, mediante enmienda sugerida por la Federación Española de Asociaciones de Asistentes Sociales,³⁸ fue eliminada por su mala imagen:³⁹ el diputado Lorenzo Martín-Retortillo –profesor de derecho administrativo– defendió una enmienda «en la cual se postula la desaparición de la alusión a la beneficencia de forma que quede sólo la referencia como de competencia de las comunidades autónomas de la asistencia social». El motivo de tal enmienda no era de fondo, sino de estilo: «...produce hoy una cierta vergüenza la alusión a la beneficencia.» Quizá sea oportuno advertir que dicha elusión verbal en la Constitución no suponía la abolición de la Beneficencia. La Constitución de 1931 tampoco la acogió en su texto, y la Beneficencia permaneció. La derogación total de la Ley de Beneficencia de 1849 tendría lugar mediante la Ley 30/1994, de 24 de noviembre, de Fundaciones y de Incentivos a la Participación Privada en Actividades de

36 Demetrio Casado, «Acción social y servicios sociales», *Op. cit.*

37 Sesión del 31 de mayo de 2006, *Cortes Generales. Diario de Sesiones del Congreso de los Diputados*, p. 9155.

38 Lorenzo Martín Retortillo Baquer, *Materiales para una Constitución*, Akal Editor, Madrid, 1984, p. 190.

39 Senado, *Constitución Española: Trabajos parlamentarios*, Servicio de Publicaciones de las Cortes

Interés General.

La disposición constitucional a la que se refiere Martín-Retortillo vino a ser el artículo 148.1.20º, que no es de carácter sustantivo, sino que se refiere a distribución de competencias. Allí se identifica con la locución «Asistencia social» una de las «materias» sobre la que las Comunidades Autónomas pueden asumir competencia exclusiva. Una buena parte de esas materias del apartado 1 del artículo 148 son campos de contenidos efectivamente materiales: desde las obras públicas a la sanidad y la higiene. Me parece dudoso, en cambio, que fuera propio utilizar la voz «Asistencia social» para designar un campo de contenido material. Aparte de otras referencias, considero muy relevante la *Guía de actividades públicas asistenciales*, con un estudio introductorio del administrativista Ramón Martín Mateo titulado *La asistencia social como servicio público*.⁴⁰ En esa fuente, bajo el rótulo de «Asistencia social», se incluyen hospitales, servicios sociales (orfanatos, residencias, albergues, etc.), servicios educativos y ayudas monetarias. Como se ve, el denominador común no viene dado por el contenido material. Tampoco se da identidad de régimen institucional, puesto que allí se mezcla la protección discrecional de la Beneficencia con la garantizada de las ayudas del Fondo Nacional de Asistencia Social. La única coincidencia que se observa es que las instituciones y recursos de la *Guía* están destinados a personas desvalidas y/o de bajas o nulas rentas personales.

Por la intervención que venía manteniendo la Seguridad Social en la rama de los servicios sociales, interesan aquí los preceptos constitucionales relativos a aquella. En el artículo 41 de la carta magna se establece lo siguiente: «Los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos, que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes para situaciones de necesidad, especialmente en caso de desempleo. La asistencia y prestaciones complementarias serán libres.» Por otra parte, la Constitución asigna al Estado central competencia en la normativa básica y el régimen económico de la Seguridad Social (art. 149.1.17º) y, consiguientemente, de los servicios sociales de la misma.

A propósito de la distribución competencial, debe ser recordado el artículo 149.3 que establece lo siguiente: «Las materias no atribuidas expresamente al Estado por esta Constitución podrán corresponder a las Comunidades Autónomas, en virtud de sus respectivos estatutos.»

Para completar el cuadro de referencias constitucionales, voy a recordar otros preceptos relativos a ciertas áreas sociales que a la sazón –como ahora– son escenarios preferentes de actividades de los servicios sociales. En el artículo 25.2 se regula el derecho a la cultura y al desarrollo personal de los condenados a penas de prisión, lo que da alguna entrada a la acción de los servicios sociales. El artículo 39 constitucionaliza la protección de la familia y a la infancia. En el 48 se trata de la participación de la juventud. En el 49, de la prevención y

Generales, Madrid, 1980, tomo IV, pp. 2580 y 2581.

tratamiento de las minusvalías. El artículo 50, como quedó indicado, regula la protección de la que llama tercera edad.

4.2.2. Los estatutos de autonomía y los trasposos de servicios

Las Comunidades Autónomas se constituyeron por las varias vías previstas en la Constitución. Las llamadas de vías rápidas implicaban mayor capacidad inicial para recibir competencias, pero esto no afectó al campo que aquí nos ocupa. El estudio comparado para el mismo de los estatutos iniciales, que realizó tempranamente Manuel Aznar López,⁴¹ parece indicar que sucedió lo contrario de aquello que cabría esperar: los estatutos de las Comunidades de vías rápidas fueron los más prudentes, al menos en cuanto a las palabras, al acotar su territorio competencial.

Todas las Comunidades, excepto la de Murcia, toman competencia exclusiva en asistencia social, siguiendo la habilitación expresa del citado artículo 148.1.20º. Únicamente el estatuto de las Islas Baleares no le hizo asco a la palabra «beneficencia». Sólo en cinco estatutos se establecen competencias exclusivas en «servicios sociales» identificados con tal denominación genérica. Pero la mayor parte de ellos toman competencia exclusiva en áreas que los implican –junto a otras ramas de actividades–: menores, juventud, tercera edad, desarrollo comunitario. Por otra parte, varias Comunidades acuerdan asumir competencias también exclusivas en fundaciones y asociaciones de carácter benéfico-asistencial, que son instrumentos relacionables con los servicios sociales. Y son varias las que se atreven con la competencia exclusiva en «bienestar social». Es de notar que la gran variedad de opciones reseñada no tendría influencia, a la larga, ni en las transferencias en que recibirían las Comunidades ni en los contenidos materiales abarcados por sus leyes de servicios sociales.

Si se asume que la «Asistencia social» era el conjunto de las prestaciones sanitarias, de servicios sociales, educativas y materiales destinadas a personas desvalidas y/o de escasos recursos económicos, resulta obvio que la habilitación competencial de las Comunidades Autónomas que la Constitución establece para dicha «materia» no es base propia para abarcar los servicios sociales, en cuanto que los mismos no están limitados a dicho sector de destinatarios; lo mismo cabría decir del desarrollo comunitario o del bienestar social. Cabe argüir que ese déficit jurídico quedaría salvado tácitamente por virtud del antes citado artículo 149.3,⁴² pero no parece que pueda aplicarse tal razonamiento al bienestar social, salvo que se adopte una noción marginalista y oportunista del mismo. En sentido contrario, cabe preguntarse por qué las Comunidades Autónomas, en vista del contenido mixto de la «Asistencia social», no tomaron competencias exclusivas, aparte de los servicios sociales, en asistencia sanitaria, educación y ayu-

40 *Op. cit.*

41 «Normativa constitucional y estatutaria sobre los servicios asistenciales y sociales. Reflexiones en torno a un modelo inédito», en *Los servicios asistenciales y sociales en el Estado de las autonomías*, Marsiega, Madrid, 1983, anexo.

das materiales...

La institución de los entes preautonómicos permitió hacer algunas transferencias relativas a la Asistencia Social. Tras aprobarse los estatutos de autonomía y para ejercer los títulos competenciales tomados por las Comunidades Autónomas sobre el impreciso campo de la Asistencia social y anexos, se fueron produciendo «traspasos de los servicios inherentes a las competencias», según expresión del Tribunal Constitucional que nos recuerdan Alonso Seco y Gonzalo.⁴³ Por este proceso se produce un vaciamiento de los recursos humanos, materiales y financieros de la Administración central –también de las Diputaciones–, el cual abocaría con el tiempo a la supresión de los centros directivos y organismos autónomos correspondientes. Así, el Instituto Nacional de Asistencia Social se suprime por el Real Decreto 530/85, de 8 de abril. Del mismo modo se suprimirían el Patronato de Protección a la Mujer y la Obra de Protección de Menores por Real Decreto 1449/1985, de 1 de agosto.

Tras aprobarse los estatutos de autonomía de las Comunidades Autónomas de la vía rápida, se produjeron también transferencias de la gestión del IN-SERSO. La primera de ellas fue a Cataluña, mediante el Real Decreto 1517/1981, de 24 de julio.

Para terminar este punto, quede nota de que las Comunidades Autónomas han acordado modificaciones de sus estatutos, que afectaron a las acotaciones de materias sociales antes mencionadas. Antoni Vilà ha llevado a cabo un estudio comparado de aquéllos desde el punto de vista que interesa a esta exposición.⁴⁴

4.2.3. La construcción normativa de los nuevos servicios sociales

A partir de sus Estatutos y entre 1982 y 1992, todas las Comunidades Autónomas promulgaron leyes de acción social y/o servicios sociales con objetos materiales bastante homogéneos –pese a la diversidad estatutaria–. La materia principal regulada por dichas leyes es la de servicios sociales; pero incluyen también ciertas prestaciones monetarias no vinculadas a la adquisición de aquellos. En cuanto a las denominaciones, predomina ampliamente «servicios sociales», ya que sólo eligieron «acción social» Aragón, Cantabria e Islas Baleares, más Castilla y León que la combinó con la anterior. Manuel Aznar entiende que a la pareja de materias que regulan las leyes evocadas –servicios sociales y prestaciones monetarias no vinculadas– le conviene la denominación «acción social».⁴⁵ Sobre todo porque esta expresión ha sido corrida en muchas plazas y adolece de una acentuada polisemia,⁴⁶ procuro evitarla; en esta exposición podré hacerlo cómodamente, ya que el objeto que abordo no incluye prestaciones monetarias in-

42 José María Alonso Seco y Bernardo Gonzalo González, *Op. cit.*, p. 101.

43 *Op. cit.*, p. 119.

44 *Els serveis socials*, *Op. cit.*, pp. 257 a 259.

45 Ver, por ejemplo, «La legislación autonómica de acción social. Análisis jurídico», en *V Informe sociológico sobre la situación social de España*, *Op. cit.*, 1994, p. 1854.

46 Demetrio Casado, «Acercamiento a la acción social», en *Documentación Social*, nº 109, octubre

fectadas a los servicios sociales. De dichas leyes, reseño seguidamente sólo las que juzgo más relevantes para el primer desarrollo de la rama, y me refiero también a otros acontecimientos que en el citado periodo incidieron en ese proceso.

El PSOE se posiciona

En el tiempo inmediato siguiente a la aprobación de nuestra norma constitucional, además de continuarse algunos de los trabajos anteriores citados, se formaron posiciones relativas a los servicios sociales en varias instancias. Es justo mencionar aquí a la Generalidad de Cataluña⁴⁷ y al socialismo catalán.⁴⁸ Y creo que merece ser destacado el posicionamiento del PSOE, no tanto por su prontitud, como por su influencia. Reseño las manifestaciones que considero básicas. En 1979, el Partido Socialista celebró sus I Jornadas Federales de Servicios Sociales y, además, aprobó una Resolución sobre la materia en su XXVIII Congreso; la misma explicita de modo concreto posiciones partidarias con las que coincidirán casi todas las leyes de servicios sociales aprobadas mediante mayorías parlamentarias del PSOE, más alguna otra. En 1981 tuvo lugar la II edición de dichas Jornadas y, por otra parte, en el XXIX Congreso se aprobó otra resolución sobre servicios sociales.

La Consulta sobre Servicios Sociales de 1978, antes reseñada, recomendó la promulgación de una Ley nacional de servicios sociales. Pero tiene especial relevancia que esta misma propuesta se formulara después de aprobarse la Constitución y, por ende, dentro del marco de competencias de la misma, por el PSOE. En la Resolución del XXVIII Congreso se propugna una distribución de las responsabilidades públicas sobre servicios sociales en los diferentes niveles territoriales, incluido el nacional: «al Estado le corresponden una serie de funciones de carácter general tendentes a asegurar unos niveles básicos de Servicios para la totalidad del territorio español, procurando una distribución de recursos de acuerdo con el principio de solidaridad interregional y facilitando, con carácter subsidiario, aquellas funciones y servicios de carácter especializado que no estén al alcance de las comunidades autónomas.» Siguiendo esta línea, en el capítulo de estrategia de la Resolución sobre servicios sociales del XXIX Congreso se prevé «una Ley de Servicios Sociales», sin perjuicio de «una legislación de Servicios Sociales propia de las Comunidades Autónomas».

La Ley vasca

El Partido Socialista de Euskadi tomó la iniciativa en pro de la promulgación de una Ley de servicios sociales de aquella Comunidad Autónoma. El proyecto fue asumido y reorientado por el Gobierno, liderado por el Partido Nacionalista Vasco, que contó con la asistencia técnica al efecto del funcionario

—noviembre de 1997.

⁴⁷ Véase, por ejemplo: Departament de Sanitat y Asistencia Social de la Generalitat de Catalunya, *Principis inspiradors d'una política de serveis socials*, diciembre de 1979.

⁴⁸ Ver Antoni Vilà, *Els serveis socials*, *Op. cit.*, pp. 298-307.

–antiguo colaborador del INSERSO central– José Luis Zubizarreta.⁴⁹ De este modo, la Ley 6/1982, de 20 de mayo, sobre «Servicios Sociales» del País Vasco, fue la primera de una serie que alcanzaría a todas las Comunidades Autónomas.

El objeto jurídico que declara la Ley vasca consiste en garantizar a los ciudadanos prestaciones sociales de carácter habilitador, integrador o preventivo mediante un sistema público de servicios sociales (art. 1). En este punto nos encontramos con la versión territorial de una idea latente en la Consulta de 1978 y de un principio formulado por el PSOE, en su Resolución de 1979, para el ámbito nacional. El ámbito subjetivo de la Ley es universalista (art.2). No incluye la Ley ningún precepto que instituya el derecho subjetivo a las prestaciones que regula, por lo que la garantía y la universalidad que enuncia son sólo declarativas.

Se identifican las actuaciones o servicios a prestar en función de áreas de necesidades (información y asesoramiento general, familia, infancia y juventud, tercera edad, etc.) (art. 3); además, se faculta al Gobierno Vasco para la creación de ayudas económicas periódicas y no periódicas (art. 4).

Incluye la norma vasca un repertorio de los principios en que dice inspirarse: responsabilidad de los poderes públicos, solidaridad, participación ciudadana, integración (de los ciudadanos en su propio medio familiar y social), descentralización, planificación y prevención (art. 5). Tales principios y algunos más –como los de igualdad y universalidad– habían sido adoptados por el PSOE en su Resolución de 1979. Con algunas variaciones, nos los vamos a encontrar en las siguientes leyes de acción social y/o servicios sociales.

En cuanto a competencias, se distribuyen en los tres niveles territoriales (Comunidad Autónoma, Órganos Forales y Ayuntamientos) (art. 6) de acuerdo con el principio de subsidiariedad; la llamada Ley de Territorios Históricos, de 25 de noviembre de 1983, asignaría facultades y responsabilidades de la Comunidad a las Diputaciones. La Ley vasca de servicios sociales prevé la colaboración de las entidades privadas en el sistema público, siempre que carezcan de fines lucrativos y practiquen la democracia interna, así como que se atengan a la disciplina tecnoburocrática pública (art. 7). Se pueden buscar antecedentes de este régimen en la Resolución del PSOE de 1981. Para canalizar las relaciones participativas, la norma instituye un órgano de asesoramiento, el Consejo Vasco de Bienestar Social, con participación pública y privada (art. 19). Se indican obligaciones financieras genéricas para los órganos públicos concernidos, previniéndose la posibilidad de que los usuarios contribuyan a soportar el coste de los servicios (título IV).

Conato de ley nacional

Tras acceder el PSOE al Gobierno mediante las elecciones generales de 1982, y en el curso de 1983 y 1984,⁵⁰ el Ministerio de Trabajo y Seguridad So-

49 Ver entrevista en *El Boletín del CEBS*, nº 1, Octubre-diciembre de 1983.

50 Ver Antonio del Valle Gutiérrez, *El modelo de servicios sociales en el Estado de las Autonomías*,

cial preparó un borrador de Ley nacional; a la sazón, era titular de la Dirección General responsable de los servicios sociales Patrocinio de Las Heras, miembro de un activo grupo del PSOE dedicado a la materia. Aunque no se publicó, contamos con la versión que brindara un portavoz autorizado en la Secretaría General de la Seguridad Social.⁵¹ La Ley en perspectiva tendría como supuesto básico la integración de los servicios sociales en la Seguridad Social –estrategia contraria, por cierto, a lo recomendado en las conclusiones de las II Jornadas Federales de Servicios Sociales citadas–. De este modo se disponía de base competencial central, toda vez que la Constitución reserva al Estado la normativa básica y el régimen económico de la Seguridad Social, obviándose la competencia exclusiva de las Comunidades Autónomas en «Asistencia social». Estos eran sus objetivos:

«1º Garantizar la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad.

2º Regular las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de su derecho al bienestar social.

3º Conseguir la unificación de los Servicios Sociales, hoy dispersos entre distintas entidades públicas dentro de cada nivel territorial (Administración Central, Autonómica y Local), logrando así la integración de las tres redes básicas existentes hoy: la Asistencia Social del Estado (transferida en su mayoría a las Comunidades Autónomas), los Servicios Sociales de la Seguridad Social (INSERSO) y la Beneficencia de las Diputaciones Provinciales y Ayuntamientos.

4º Distribuir adecuadamente las competencias en Servicios Sociales entre los distintos escalones territoriales de la Administración Pública, partiendo del principio de que las entidades superiores no han de llevar a cabo aquellas funciones que puedan realizar las inferiores, potenciándose así a los Ayuntamientos como entes públicos territoriales de gestión de los Servicios Sociales.

5º Posibilitar la participación de los usuarios a través de un Consejo General y de Consejos sectoriales.»

Ya vimos que el constituyente no tenía conciencia de los servicios sociales, pero sí la tuvo y manifestó al menos cierta parte del primer Gobierno del PSOE inmediatamente después de su instalación. Pero el poder efectivo de aquel mismo Gobierno desistió de la iniciativa mediante la cual se habría instituido el que ahora se ha dado en llamar «cuarto pilar» del Estado social –no digo de bienestar en consideración a la alta tasa de desempleo durante los cuatro mandatos del PSOE–.

Ley navarra

Siglo XXI, Madrid, 1986, p. 20 y Juan Luis Beltrán Aguirre, *Op. cit.*, p. 124.

51 Laureano Lázaro, «El estado de la descentralización de los servicios sociales en España», *Los ser-*

Coincidiendo con los trabajos preparatorios de la Ley nacional, el Gobierno de Navarra, con el asesoramiento principal del funcionario del INAS Ricardo de León, elaboró el proyecto de la segunda Ley de Comunidad Autónoma. El Parlamento de la Comunidad, con mayoría de centro-derecha (Unión de Centro Democrático y Unión del Pueblo Navarro principalmente), dio a luz la Ley Foral 14/1993, de 30 de marzo, sobre Servicios Sociales.

A mi parecer, es novedad relevante de esta norma, por el seguimiento que tendría después, la fórmula organizativa de los «servicios de base» (art. 3, final). Según quedó dicho, la Ley vasca estructura la acción de los servicios sociales por áreas, la primera de las cuales es la de información y asesoramiento general (art. 3.1). La Ley navarra prescinde de la misma y crea los citados «servicios de base», que abarcan aquellas actividades y otras de carácter general. Debo indicar que dicho recurso organizativo contaba a la sazón con antecedentes, al menos afines, en servicios sociales de otros países,⁵² así como que en la rama sanitaria la Organización Mundial de la Salud había asumido –con mayor proyección, desde luego– el enfoque de la atención primaria desde su Conferencia Internacional de Alma Ata, celebrada en 1978.

La segunda consulta

Del 5 al 9 de marzo de 1984, gobernando el Partido Socialista Obrero Español, tuvo lugar, en Madrid, una segunda Consulta Internacional sobre Servicios Sociales⁵³, cuyo principal propósito fue «la valoración de los servicios sociales previstos en el borrador de la Ley de Servicios Sociales». Fue organizado este evento por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, y participaron a título personal dos expertos del Centro de Desarrollo Social y Asuntos Humanitarios de Naciones Unidas, en Viena. El resumen que hacen los mismos de la documentación repartida corrobora tanto la estrategia jurídicopolítica de la iniciativa, como el núcleo de objetivos antes transcritos. Como esto quedó visto, pasamos a reseñar algunas de las «Conclusiones y Recomendaciones»; en ellas se mezclan proposiciones presuntamente consensuadas en la reunión con opiniones de los expertos internacionales.

Por varias vías –y por modos discretísimos, según el uso de las consultas internacionales– se sugiere una orientación activa de los servicios sociales. Así, se recuerda el concepto emergente, en el plano internacional, de «Servicios de bienestar social para el desarrollo», que vendrían a superar las actuaciones consultivas. Se subraya la necesidad de actuar sobre las causas de las necesidades exteriores al círculo de los servicios sociales. Se informa de la noción de «desarrollo integrado», que avala Naciones Unidas. Se pondera la tendencia a combinar la ampliación de los servicios sociales con una política activa de integración

vicios asistenciales y sociales en el Estado de las Autonomías, Marsiega, Madrid, 1983, pp. 121 y 122.

52 Gloria Rubiol, «Los Servicios Sociales de atención primaria en algunos países europeos», en *Los servicios asistenciales y sociales de atención primaria*, Marsiega, Madrid, 1984.

53 Se publicó el documento final de los expertos Gonzalo Martner y Mukunda Rao, «Consulta Internacional sobre los Servicios Sociales en España», *Boletín informativo de Estudios y Documentación de Ser-*

social, que dinamice a los diferentes grupos sociales hacia su autosuficiencia. Se señalan, a este propósito, como referencias básicas, la familia y la comunidad. Por cierto, que la valoración de la familia por los expertos suscitó controversia, de modo que se vieron en el caso de aclarar que ello «no implica una vuelta atrás». Por mi parte, anoto que el enfoque propuesto recuerda el de la Sección Social de Cáritas fundada por Duocastella.

Los expertos internacionales aconsejaron trasladar los principios inspiradores de la norma desde la exposición de motivos del texto que se les presentó al articulado del mismo. Y se propone el texto de un «artículo 3. Principios generales», que contiene los correspondientes a estos diez enunciados: planificación, coordinación, descentralización y sectorización, prevención, normalización, participación, desarrollo autocentrado, solidaridad, igualdad de oportunidades y personalización. Se sigue un orden, sugerido por los expertos internacionales, que comienza por las cuestiones que conciernen principalmente al poder político, para seguir por los atinentes a la población.

En cuanto a los servicios previstos, en el borrador de la norma se adopta este repertorio de áreas de actuación: familia, infancia, mujer, juventud, tercera edad, disminuidos, minorías étnicas, trabajadores migrantes y sus familias, refugiados y apátridas, alcohólicos y drogadictos, delincuentes y reclusos, discriminados por razón de sexo y todos los otros ciudadanos que determinen las leyes. En cuanto a la estrategia de actuación, los expertos internacionales vuelven a manifestar su interés por las economías externas. Sugieren que la atención a los colectivos necesitados no se haga sólo directamente, «sino también en relación a unidades sociales básicas como la familia y la comunidad». Por otra parte, y en un orden simbólico, proponen que la animación y el desarrollo comunitario pasen al primer lugar en la relación de prestaciones, por delante de los de carácter individual.

En punto a distribución territorial de competencias se aconseja robustecer la acción local.

Sobre la «iniciativa privada y social», se reconoce que «para los objetivos de desarrollo social es de gran importancia la armonización de los esfuerzos sociales y privados con los del Estado». En relación con ello, los expertos internacionales recomiendan flexibilizar y quitar directividad al texto del borrador relativo a programación de actividades. En otro orden de cosas, recomiendan la contribución financiera de los usuarios.

La última cuestión particular abordada en el documento que comentamos es la «instrumentalización de la participación». «Los expertos opinaron que el presente borrador de la ley no reconoce suficientemente el potencial de la participación. Existe un exceso de énfasis en el aspecto institucional, en este caso, el Consejo Español de Bienestar Social y los consejos sectoriales».

vicios Sociales, nº 17, 1984.

54 Ver, por ejemplo, Demetrio Casado, «Criterios para la descentralización territorial de los servicios asistenciales y sociales», *Los servicios asistenciales y sociales en el Estado de las Autonomías*, Marsiega, Madrid, 1983, p. 24; y *Reforma política de los servicios sociales*, Editorial CCS, Madrid, pp.46 y 47.

55 Ver Pilar Rodríguez Rodríguez, *El sistema de servicios sociales de la atención a la dependencia*,

La Ley de Madrid

La idea de una ley nacional, planteada con carácter complementario de la normativa de las Comunidades Autónomas, tenía⁵⁴ –y sigue teniendo⁵⁵ sólido fundamento en criterios de buen servicio a los ciudadanos, pero fue abandonada discretamente por el propio Ministerio que la adoptara. A mayor abundamiento, el mismo continuó las transferencias de los servicios del INSERSO, iniciadas con el Real Decreto 1517/1981, de 8 de julio, para Cataluña. Desde el punto de vista pragmático, cabe el consuelo de que los trabajos realizados debieron de servir para componer en muy breve plazo el proyecto de Ley de la Comunidad de Madrid; ello ocurrió tras el cambio de Goñi Tirapu, del PSOE, desde una subdirección del INSERSO al centro directivo de servicios sociales de dicha Comunidad.

La temprana y sostenida atención del PSOE al asunto de los servicios sociales no tuvo expresión jurídica hasta la Ley 11/1984, de 6 de junio, de Servicios Sociales de Madrid. Esta norma coincide en lo esencial con la vasca, si bien presenta una novedad taxonómica y, eventualmente, organizatoria que haría fortuna. El apunte de división que hiciera la Ley navarra se formula en la madrileña de modo neto al establecer estas dos modalidades de servicios: generales y especializados. Esta división se encuentra en el apartado de estrategia de la Resolución del PSOE de 1981. Serán cuatro los servicios generales, aplicados a estas funciones: «información, valoración y orientación», «cooperación social», «ayuda a domicilio» y «convivencia». Los especializados se definen en función de las siguientes áreas de demanda: «familia e infancia», «juventud marginada», «tercera edad», «minusválidos», «drogadicción», «delincuencia», «mujer», «homosexuales», «minorías étnicas», «otros colectivos tales como mendigos y transeúntes necesitados». También están identificadas estas áreas, salvo variaciones, en la citada Resolución y, según vimos, en las Conclusiones y Recomendaciones de la Consulta de 1984.

Me parece, por otra parte, que merece ser citado el tenor literal del artículo 28: «Se fomentará y regulará la función del voluntariado social, que colaborará con las Administraciones Públicas en las tareas de protección de servicios sociales».

También merece ser recordado el número 2 de la disposición derogatoria con la que concluye aquella Ley de servicios sociales de Madrid, el cual pone de manifiesto cuál era la referencia negativa –¿y la procedencia?– de la norma: «En todo caso, queda excluida la aplicación en los Servicios Sociales previstos en la presente Ley, la Ley General de Beneficencia de 20 de junio de 1894 y disposiciones generales posteriores que la modifican». Para salvar este aparente asalto de la jerarquía normativa se dictó el Decreto 83/1984, de 28 de septiembre, que recuerda el orden correcto.

Con algunas variantes –entre ellas, la evitación del error citado–, la Ley madrileña servirá de pauta general a las que promulgarán las Comunidades Autónomas con hegemonía parlamentaria del PSOE, salvo Aragón, y dejó también huellas en las demás.

Ley de Bases de 1985

Las entidades locales venían reguladas por la Ley 41/1975, de 19 de noviembre, de Bases del Estatuto de Régimen Local. Reseño sus disposiciones concernientes al objeto de esta exposición. A los Municipios se les asigna capacidad y competencia en materia de «asistencia social» (base octava, tres); teniendo en cuenta el uso terminológico de la época, antes comentado, ha de entenderse que esa locución designa el complejo de actividades de asistencia sanitaria, servicios sociales, ayudas materiales y prestaciones educativas demandadas por las personas desvalidas y/o afectas de penuria económica. A la Provincia se le otorga competencia general para «obras y servicios de interés local de carácter supramunicipal dirigidos a fines asistenciales...», con la especificación de que «Sin perjuicio de la competencia de otras Administraciones y Organismos públicos y bajo el principio de coordinación con ellos, la competencia provincial se extenderá a la asistencia de minusválidos, físicos y mentales, encaminada a la recuperación y rehabilitación...» (base dieciocho, dos).

En el tiempo postconstitucional, la norma señalada fue relevada por la Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de las Bases del Régimen Local. En sus disposiciones generales se establece que la legislación del Estado y de las Comunidades Autónomas atribuirá a las Corporaciones Locales «las competencias que proceda en atención a las características de la actividad pública de que se trate y a la capacidad de gestión de la entidad local, de conformidad con los principios de descentralización y de máxima proximidad de la gestión administrativa a los ciudadanos.» (art. 2.1). Veamos ahora los preceptos directamente concernientes al objeto de esta exposición. Al Municipio se le encomienda ejercer competencias, de acuerdo con la legislación del Estado y de las Comunidades Autónomas, en la «Prestación de servicios sociales y de promoción y reinserción social» (art 25). Para los de población superior a 20.000 habitantes, la Ley establece que «deberán prestar» servicios sociales (art. 26.1.c). La Ley prevé la posibilidad de que los Ayuntamientos soliciten a las Comunidades Autónomas correspondientes «dispensa de la obligación de prestar servicios mínimos» (art. 26.2). A las Diputaciones se les asignan competencias de coordinación, asistencia y acción supramunicipal (art. 36.1), que deben entenderse aplicables a la materia de servicios sociales.

Esta Ley fue esperada con mucha expectación en el sector oficialista del momento. Cuando se promulgó, ese mismo sector la ponderó como norma importante. Pese a que, tras su publicación, los Ayuntamientos vienen practicando el racionamiento discrecional marginalista en prestaciones como la ayuda a domicilio, puede leerse en una publicación oficial reciente del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales: «Con la aprobación de la Ley Reguladora de las Bases del Régimen Local en 1985 (Ley 7/1985, de 2 de abril), se establece, además, la obligatoriedad de los Ayuntamientos a prestar servicios sociales, superándose definitivamente la beneficencia».⁵⁶ Hoy se invoca esa Ley por algunos como baluar-

Fundación Alternativas, Madrid, 2006, p. 66.

te de las competencias municipales homogéneas, dentro de cada Comunidad Autónoma, en servicios sociales frente a un posible régimen diversificado de competencias. Pues bien, resulta que la diversificación no sólo es deseable desde el punto de vista del buen servicio, sino que viene impuesta por el artículo 2.1 de la Ley, antes citado –y los Ayuntamientos pueden recurrir al 26.2–. Por otra parte, parece extraño que se invoque un precepto no impositivo, sino meramente habilitador (art. 25), y otro manifiestamente indeterminado (art. 26.1.c), para frenar la deseable política diversificadora de las Comunidades Autónomas –con competencia exclusiva en la materia–. La misma, aparte del apoyo legal citado, es necesaria con vistas a poner remedio a problemas derivados de la muy desigual capacidad –técnica, económica y política– de gestión de los municipios; de la misma derivan graves problemas de coberturas insuficientes y de desigualdad de protección entre los distintos municipios de una misma comunidad. Por lo demás, se sigue hablando de sistema de servicios sociales...

*Plan Concertado*⁵⁷

La renuncia a la idea de una Ley nacional de servicios sociales tuvo, también en el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, una alternativa de intervención menor en el proceso configurador de los servicios sociales públicos; jugó igualmente un papel relevante en esta iniciativa la antes citada Dirección General responsable de la materia. Me estoy refiriendo al que entonces fue denominado Plan Concertado para el Desarrollo de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales de Corporaciones Locales, adoptado en 1988. No se fundó este Plan en las competencias del Estado central en los servicios sociales de la Seguridad Social –hasta el extremo de que no se le encomendó al INSERSO–, sino que fue presentado como una iniciativa gratuita –en el sentido de graciable– de la Administración General del Estado.

El Plan Concertado definió su objeto material mediante un repertorio o cuadro de prestaciones y equipamientos básicos.⁵⁸ Las prestaciones básicas coincidían parcialmente con los «Servicios Generales» de la Ley de Madrid (art. 5) y eran las siguientes: «Información y Orientación», «Ayuda a Domicilio», «Alojamiento» y «Prevención de la Marginación e Inserción Social». Junto a ellas, se incluyeron estas complementarias: «Solidaridad Social, cooperación, autoayuda y voluntariado». Los equipamientos prioritarios fueron: «Centros de Servicios Sociales», «Albergues» y «Centros de acogida». La finalidad del Plan consistía, por una parte, en homogeneizar el contenido prestacional de los servicios sociales generales o del primer nivel organizativo y, por otro, extender su implantación para que alcanzaran a todos los ciudadanos. Se retoma así una parte del objetivo de la frustrada Ley nacional de servicios sociales.

56 *Catálogo de prestaciones de servicios sociales de atención primaria*, 2002.

57 Puede verse un tratamiento más amplio de este asunto en Demetrio Casado, *Reforma política de los servicios sociales*, *Op.cit.*, pp. 39 y 48.

58 Ministerio de Asuntos Sociales, *Plan concertado para el desarrollo de prestaciones básicas de ser-*

El modo de acción cambia respecto al que pudiera haber establecido la Ley abandonada, ya que el Plan actuará mediante subvenciones. La Administración General del Estado aporta recursos al Plan con la condición de que lo hagan también las Comunidades Autónomas. La suma constituye un fondo que se distribuye a las Corporaciones Locales para el montaje y mantenimiento de las citadas prestaciones y equipamientos. Las entidades beneficiarias del Plan deben atenerse, al menos formalmente, a ciertos modelos técnicos acordados por las partes.

4.2.4. Balance

Con la promulgación de la Ley 5/1992, de 27 de mayo, de Acción Social, de Cantabria, todas las Comunidades Autónomas vinieron a contar con una regulación legal de la rama de servicios sociales. Ello no supuso la estabilización del proceso, como prueba la aprobación en los años siguientes de segundas leyes, pero me detengo en ese punto para pasar a proponer un balance tentativo de resultados.

Rama técnica de actividades

En primer lugar, el despliegue normativo concerniente a servicios sociales que tuvo lugar a partir de la Constitución de 1978 contribuyó a que emergiera una **rama de actividades técnicas definida por su contenido material** y no por sus destinatarios, contingencias y/o régimen institucional. En la Beneficencia pública –como en la privada– se mezclaban los contenidos técnicos de la acción –asistencia sanitaria, servicios sociales, ayuda material, educación–. Los nuevos servicios sociales, potenciando antecedentes privados y de la Seguridad Social, configuran una rama técnica paralela a la sanitaria, la educativa y la de prestaciones monetarias.

Hago la anterior apreciación general sin olvidar dos circunstancias que la relativizan. En primer lugar, las leyes de las Comunidades Autónomas reguladoras de los servicios sociales incluyen también prestaciones monetarias que, por el volumen y el régimen de las que provee la Seguridad Social, tienen carácter marginal. Yo creo que la mixtura refleja la conciencia marginalista de los legisladores de las Comunidades Autónomas –y de sus inspiradores, claro–. En segundo lugar, las citadas normas enfatizan el enfoque de los colectivos desfavorecidos, lo que supone un cierto riesgo de desdibujamiento de la rama; en el orden práctico, este enfoque puede ser útil para la integralidad de ciertas acciones selectivas a favor de tales colectivos, a la vez que entraña el riesgo de contribuir a su remarginalización.

Sistema público

En la coyuntura de la transición a la democracia era objeto de gran inquietud la acumulación de instituciones públicas proveedoras de servicios sociales que llegó a formarse. Esta conciencia se pone muy claramente de manifiesto en la documentación publicada de las consultas de 1978 y 1984 reseñadas. Por otra

parte, eran muchos los que consideraban indeseable la amplia presencia relativa en la rama que consideramos del sector privado no lucrativo; e ilegítima, la muy modesta del privado mercantil. Para lograr, a la vez, la responsabilidad del poder político y su control de la base principal de los servicios sociales, en iniciativas tan importantes como vendrán a ser las resoluciones del PSOE en sus XXVIII y XXIX Congresos, se adopta la idea de sistema público. El principio de responsabilidad pública será adoptado por el común de las leyes. Las mismas, por otra parte, se dan como objeto la regulación de **sistemas de servicios sociales**: sistema público estricto, con disciplina dura para las entidades voluntarias –y excluyente de las mercantiles–, en la mayoría de los casos; sistema acogedor de aquéllas en unas muy pocas leyes con tintes democristianos. Sea como fuere, es posible decir que cada Comunidad Autónoma sentó las bases para construir un sistema público de servicios sociales bajo la responsabilidad plena de su poder político.

La Beneficencia pública era un obstáculo formal para la construcción del sistema público unitario que se pretendía; pero la parte de aquélla correspondiente a las Comunidades Autónomas fue siendo difuminada por medidas organizatorias. La competencia del Estado central en la legislación básica y el régimen económico de la Seguridad Social y, por ende de sus servicios sociales, quebraba formalmente más aún que la Beneficencia el ideal de sistema unitario; pero tales competencias no fueron ejercidas para objetivos relevantes y los servicios se fueron transfiriendo. Paradójicamente, **la quiebra más importante del ideal de sistema público unitario vendría por la división competencial de los servicios sociales en el interior de las Comunidades Autónomas**. Sin perjuicio de que me refiera a esto después, debo adelantar ahora que la citada división competencial no ha ido acompañada de una articulación automática de la atención entre las distintas esferas competenciales, ni se han previsto instancias de coordinación con autoridad para realizarla.

Garantía jurídica y financiación

Es francamente pobre el resultado relativo al régimen jurídico y al financiero. La crítica del legado franquista señalaba la carencia de garantía en el acceso a las prestaciones. Se atribuía carácter graciable a las actuaciones de la Beneficencia y de la Asistencia Social públicas –aun cuando parece que lo correcto hubiera sido decir que su régimen era discrecional–.⁵⁹ Para superar la inseguridad y la dependencia administrativa del beneficiario se reivindicaron servicios sociales de carácter obligatorio y con acceso mediante derecho subjetivo a sus prestaciones; como las pensiones de la Seguridad Social, plenamente regladas. Opta por la garantía del acceso la Resolución del PSOE de 1979 (II.5). En un fo-

vicios sociales, sin fecha, multicopiado, II.

⁵⁹ Ver Manuel Aznar López, «Lugares comunes en Acción Social: sobre la pretendida graciableidad de la beneficencia», *El Boletín del CEBS*, nº 23, 1990.

⁶⁰ Teresa Ordinas Montojo, *Los servicios sociales a lo claro*, Editorial Popular, Madrid, sin fecha (cir-

lletado del movimiento de renovación de los servicios sociales se afirmaba que los mismos «Son un derecho de los ciudadanos». ⁶⁰ Y aún hallamos esta idea en el preámbulo de alguna ley de servicios sociales, como la de Aragón: «Un sistema que termine, definitivamente, con la graciabilidad inherente a las concepciones benéficas y que se fundamente en el reconocimiento de unos derechos subjetivos del ciudadano, cuya contrapartida es la obligatoriedad de los poderes públicos en hacerlos efectivos».

Pero ninguna de las diecisiete primeras leyes de acción social y/o servicios sociales instituyó ni una sola prestación garantizada jurídicamente. Por lo demás, este defecto no quedó paliado mediante una financiación ni holgada ni segura. Sobre esto último, recuérdese que la oferta de prestaciones básicas ha estado –y sigue– dependiendo de algo tan aleatorio como unos conciertos anuales impulsados por el Gobierno de la Nación...

Ámbito subjetivo

También fue objeto del movimiento de reforma de los servicios sociales el ámbito subjetivo de los mismos. Se aspiraba al universalismo, que se contraponía al ámbito selectivo y marginalista de la Beneficencia y de la Asistencia Social, el cual excluía a amplias capas de población en buena parte no acomodada y comportaba riesgo de estigmatización social. El universalismo superaba, por otra parte, el enfoque profesional propio de la Seguridad Social contributiva, única existente a la sazón. El PSOE adopta en la citada Resolución de su XXVIII Congreso el principio de universalidad en la protección. De diferentes maneras, las leyes de acción social y/o servicios sociales recogen el guante ideológico de la universalidad, en cuanto a la cobertura personal.

El universalismo proclamado por las leyes de las Comunidades Autónomas tenía enfrente a la sazón ciertos límites formales, como la subsistente Beneficencia pública y el régimen propio de los servicios de la Seguridad Social. Pero **el verdadero fallo del universalismo de acceso vino por el racionamiento de la oferta.** Año tras año se dotaron –y se siguen dotando– los servicios sociales con una financiación manifiestamente inferior a la necesaria para cubrir la demanda, no ya potencial, sino manifiesta. Para ajustar ésta a la oferta racional se recurre a la selección de los aspirantes en función de sus circunstancias, no sólo específicas de la demanda técnica, sino también socioeconómicas, con lo que se continúa de hecho la práctica benéfica que se negara.

Objetivos y actividades

En lo que se refiere a objetivos y funciones, el movimiento pro cambio de los servicios sociales, dejando a un lado la diversidad de enfoques existentes, diagnosticó en la herencia franquista el predominio del «asistencialismo»: atención circunstancial o continuada de carencias, para su remedio sintomático, con

ca de 1983), p. 11.

omisión de acciones de prevención y rehabilitación o equivalente.⁶¹ Algunos preámbulos de las leyes de acción social y/o servicios sociales acogieron el diagnóstico reseñado, así como la propuesta de superación correspondiente. Una amplia mayoría de ellas incorporaron como principio la idea de prevención. También en la mayoría de los textos encontramos el principio de normalización y/o el de integración, relacionables con la función rehabilitadora, aunque la misma no aparece tan netamente como la prevención.

Pero las disposiciones relativas a actividades de las leyes no indican ni menos aseguran en términos concretos cómo se procurará a cabo ese ideal de prevención y de rehabilitación. Más aún, **las leyes de acción social y/o servicios sociales no ofrecen un sistema terminológico y conceptual de sus instrumentos de acción.** Sirvan como muestra, a mi parecer muy relevante, los convenios-programa del Plan Concertado, que fueron asumidos por las Comunidades Autónomas. Pues bien, en instrumentos tan aplicados y susceptibles de conflictos de interpretación entre las partes, las llamadas «prestaciones básicas» fueron (in)definidas en términos como los que pueden verse en los dos textos que transcribo: «La prevención e inserción social se refiere a intervenciones realizadas por equipos profesionales, dirigidos a personas y colectivos en situaciones de riesgo o marginación social, con el objeto de prevenir marginaciones sociales y, en su caso, lograr la reinserción familiar y social»; «La prestación de **Alojamiento y Convivencia** supone una alternativa para las personas que carecen de ambiente familiar adecuado.» La ambigüedad de las descripciones del Plan Concertado dio ocasión, andando el tiempo, a una investigación a posteriori de su contenido prestacional.⁶² En cuanto a la atención prestada a los objetivos activos, las declaraciones de las leyes, en general, no han prevalecido sobre la fuerte demanda de atenciones de mantenimiento, especialmente para situaciones de dependencia funcional, por deficiencias aparecidas o agravadas antes o después del envejecimiento.

Organización técnica

En el pasado, la organización técnica de las actividades públicas de servicios sociales venía combinando dos modelos. Por su lejana data, debo citar primero la especialización social, es decir, la división del trabajo técnico y los soportes institucionales por edades, sexos, discapacidad, inmigración, toxicomanías y otras circunstancias personales de relevancia social. A mi parecer, este modelo gana terreno durante el franquismo. El otro modelo organizativo es el territorial jerarquizado. Frente al atomismo anárquico que se iniciara en la Edad Media, se va promoviendo lentamente un proceso de racionalización técnica. Sirvan como ejemplo dos extremos: la concentración de hospitales y la emergencia de las acciones de enfoque comunitario. En la Ley de Beneficencia de 1849, esta pauta vendría a fundirse con la estructura de competencias administrativas, pero de eso

61 Ver, por ejemplo, Antonio del Valle Gutiérrez, *Op. cit.*, p. 116.

62 Manuel López-Cabanas, *Sistemas de registro de servicios sociales comunitarios*, Universidad de

hablaré después.

La ideología internacional relativa a la organización técnica de las intervenciones sociales venía criticando el especialismo y contraponiéndole diversas formas de territorialismo. En la rama vecina de la sanidad, esta tendencia tiene su expresión más conocida en la Declaración de Alma-Ata, de 12 de septiembre de 1978, emanada de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria, de la Organización Mundial de la Salud. En esta misma rama sanitaria y a grandes rasgos, según podemos ver en nuestro propio ordenamiento: la atención primaria se ocupa de los cuidados comunes, demandados o requeridos por la gente de una zona pequeña, mediante centros de uso ambulatorio y atenciones a domicilio; la atención especializada se provee, para áreas territoriales que integran varias zonas, mediante centros hospitalarios. A ciertos círculos interesados en la política de los servicios sociales de nuestro país llegaron, a finales de los años 70, noticias de este modelo que estamos llamando territorial, y se formularon propuestas para su aplicación de modo integrado con la estructura de la especialización social.⁶³ El criterio organizativo de territorialidad no aparece expresado de modo directo en los principios de ninguna de las leyes de servicios sociales. Pero, de modo inequívoco, a partir de la madrileña, las leyes adoptan dos modalidades o niveles: servicios sociales de atención primaria, básicos, comunitarios o generales, por una parte, y especializados, por otra.

Parece, pues, que las leyes de servicios sociales hubieran optado por el modelo territorial en la organización técnica, pero la recepción de tal modelo en la oferta de los servicios sociales se ha producido con ciertas particularidades que lo desvirtúan. Es cierto que se configura un primer nivel que parece destinado a toda la población. Pero, por normas y decisiones de hecho, ese nivel no ha sido dotado para que esa orientación sea efectiva. Un par de ejemplos: no se han desarrollado especializaciones profesionales equivalentes a la medicina de familia, imprescindible para el primer nivel de los servicios sociales; se incluyen en la atención primaria prestaciones mediante atención domiciliaria, pero no a través de centros de día. Por lo que atañe al segundo nivel de los servicios sociales, se adopta para los mismos la denominación «especializados», como en asistencia sanitaria. Pero nótese que la oferta de los hospitales se divide por especialidades clínicas y quirúrgicas, en tanto que las sociales son básicamente auxiliares. En cambio, el segundo nivel de los servicios sociales se configura principalmente por colectivos sociales.

La especialización propicia la mejora técnica, como es sabido. Pero las posibilidades a tal efecto de la división del trabajo por colectivos parece ser mucho menor que la división por objetos técnicos –como hace la medicina– o por contingencias –seguros–. Por otra parte, la especialización social propicia la formación de guetos; como puede comprobarse en la actualidad. En el tiempo post-

Málaga, 1997.

⁶³ Véase, por ejemplo, Secretaría Federal de Acción Social (PSOE), *Servicios Sociales Comunitarios*, Partido Socialista Obrero Español, Madrid, pp. 26 a 29.

⁶⁴ Véase, por ejemplo, Antonio del Valle Gutiérrez, *El modelo de servicios sociales en el Estado de las autonomías*, Siglo XXI de España Editores, Madrid, circa 1984, p. 57-58.

constitucional, no pasó desapercibido este riesgo a determinados expertos,⁶⁴ pero no parece que existiera a la sazón una conciencia extendida del mismo. Es posible encontrar en las leyes de servicios sociales alguna pista indicativa del peligro en cuestión como, por ejemplo, la adopción de los principios de globalización y normalización. Frente a esta conjetura, puede comprobarse que todas las primeras leyes, excepto, en cierto sentido, la de Aragón, recurren al criterio de las circunstancias personales de relevancia social mencionadas para conformar divisiones de los servicios que llaman especializados. No parece, pues, que las leyes se protejan de las especializaciones sociales, sino que las buscan.

Distribución territorial de competencias e igualdad social

En el curso de la Edad Moderna, se fue poniendo coto al despliegue territorial anárquico –como lo fue también en el aspecto técnico– de la oferta de protección social, incluyendo la ayuda personal. El asunto fue abordado de modo sistemático en la Ilustración y cuaja mediante la Ley de Beneficencia de 1849. Durante el franquismo se registra una tendencia centralista en el desarrollo de la acción pública relativa a la materia que aquí se trata, al crearse nuevas instituciones todas ellas residentes en la esfera central; recordaremos los Servicios Sociales de la Seguridad Social o el INAS. Es obligado advertir que unos y otros desplegaron redes de servicios al menos de alcance provincial. Así pues, en el orden territorial, practicaron el centralismo con desconcentración. Las Diputaciones y Ayuntamientos permanecieron con la Beneficencia anquilosada y arrinconada por la expansión periférica de las entidades sociales del Estado central.

La Constitución de 1978 adopta el principio de descentralización, bien que sólo para la acción de la Administración Pública (art. 103.1). **La descentralización es, pues, un valor de segundo orden, no equiparable a la libertad, la igualdad, la democracia o la justicia.** Sería ocioso hacer esta observación, si no fuera porque el centralismo franquista generó, a la contra, una sobrevaloración emocional del «descentralismo». El asunto tiene importancia práctica sobre todo porque la descentralización puede amenazar directamente a la igualdad de la protección social, que entiendo fundada en la Constitución vigente (arts. 1.1, 9.2 y 14). Ese problema, aparte de su relevancia general, venía a chocar con objetivos expuestos del movimiento de reforma de los servicios sociales. En la Resolución del PSOE de 1979, la relación de principios que adopta aparece encabezada por el de igualdad, bien que como objetivo de los servicios sociales. En el Informe de la 2ª Consulta se propugna la meta de la igualdad de oportunidades. Una parte de las leyes de servicios sociales optan por el principio en cuestión en términos inequívocos de igualdad de protección. La asunción de competencias por las Comunidades es un factor de riesgo obvio para ese principio en el plano interregional. Teniendo en cuenta sus competencias, no tendría por qué darse tal riesgo dentro de cada Comunidad Autónoma, pero se dio desde muy pronto, como veremos.

La Constitución, al contrario que para ramas próximas como la sanitaria, la educacional o la de prestaciones monetarias de la Seguridad Social, posibilita la

descentralización plena de los servicios sociales, salvo los de la Seguridad Social, a las Comunidades Autónomas. Las cuales lo llevaron a efecto mediante sus estatutos. Así se produjo el riesgo de desigualdad de protección en ese nivel. Pronto pudo verse que el particularismo de ciertas Comunidades Autónomas dificultaba seriamente cualquier intervención estatal de signo igualitario. Recordemos la frustración del intento de promulgar una Ley básica de servicios sociales. Pasando de los principios a las cuestiones prácticas, observamos que el régimen de competencia exclusiva de las Comunidades Autónomas trajo consigo problemas nada desdeñables. Saltando al presente, la acogida humanitaria por la Cruz Roja de los inmigrantes que llegan por mar a las costas del Sur nos recuerda cada día que la Administración General del Estado no tiene capacidad para realizar por sí esta labor de servicios sociales. Y cabe decir lo mismo cuando el Gobierno de la Nación acuerda planes especiales de ayuda víctimas de terrorismo, en los que no puede contar con recursos propios para ciertas atenciones...

La transferencia de la ejecución de los servicios del INSERSO a la Generalidad de Cataluña, fue realizada por el Real Decreto 1517/1981, de 8 de julio, y sería seguida por otras. Por esta vía se produce el consiguiente vaciamiento de los recursos del INSERSO central. Pero ocurrió también que los sucesivos gobiernos de la Nación se abstuvieron de utilizar dicha institución como instrumento de una política nacional de servicios sociales que pudiera compensar los desequilibrios y lagunas regionales. Ocurrió así pese a que se fue incrementando la financiación fiscal, es decir, no contributiva, del Instituto –se llegaría al 100% en 2000–. La propugnada Ley nacional de servicios sociales, aparte de cubrir algunas pocas funciones de alcance nacional, en el caso de que hubiera instituido prestaciones obligatorias y garantizadas por derechos subjetivos, habría reducido el ámbito del riesgo de desigualdad de protección de los ciudadanos derivada de la residencia en distintas Comunidades Autónomas; pero fue abortada por el Gobierno del partido que la concibió. Se ha propuesto este argumento legitimador del Plan Concertado: «tanto las Leyes Autonómicas como la Ley Reguladora de las Bases del Régimen Local dejaban un margen demasiado amplio de discrecionalidad a la hora de implantar en el territorio los Servicios Sociales, corriendo el riesgo de que no garantizase un mínimo común en todas las Comunidades Autónomas...»⁶⁵ Dejando aparte cuáles fueran las intenciones, creo que el Plan Concertado sirve más al objetivo de convergencia técnica que al de igualdad. Por otra parte, es de carácter voluntario, de modo que no garantiza nada, y sólo alcanza a las prestaciones del primer nivel.

Focalizando ahora el interior de las Comunidades Autónomas, procede el mismo dictamen sobre el rango del principio de descentralización respecto de

65 Miguel López-Cabanas y Fernando Chacón, *Intervención psicosocial y servicios sociales*, Editorial Síntesis, Madrid, 1999, p. 42.

66 Secretaría Federal de Acción Social, *Servicios Sociales Municipales*, Partido Socialista Obrero Español, 1984, p. 115.

los valores superiores. La corriente «descentralista» imperante alcanzaba sin duda al nivel local. En la Consulta de 1984 se recomienda expresamente robustecer la acción local. En las Conclusiones de las III Jornadas de Servicios Sociales Municipales del PSOE, celebradas en 1983, se llegó a ver «el Ayuntamiento como punto neurálgico de la política de Bienestar Social». ⁶⁶ No obstante este ambiente localista, la Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de las Bases del Régimen Local, opta por atemperar la descentralización a la viabilidad cuando establece que la asignación de competencias a los Entes Locales deberá acomodarse «a las características de la actividad pública de que se trate y a la capacidad de gestión de la entidad local, de conformidad con los principios de descentralización y de máxima proximidad de la gestión administrativa a los ciudadanos.» (art. 2.1).

Por supuesto, ni la idea de la descentralización local ni el criterio de viabilidad y buen servicio son privativos de España. En este sentido, es obligado recordar que la descentralización local de los servicios sociales que se mantiene y/o que se ha incrementado en un buen número de países europeos dignos de ser emulados por la calidad de su oferta pública, ha ido acompañada de dos medidas posibilitantes: ⁶⁷ el aseguramiento de financiación y la agregación de entidades locales, para corregir el minifundismo municipal. De este modo, la asignación de responsabilidades amplias en servicios sociales a los municipios suecos, tras reducir su número de 2.498 (1950) a 286 (1994), no es una operación de descentralización emocional, sino de racionalización, que es el valor relevante en cuestiones de buen servicio.

Tanto las regulaciones básicas como las de aplicación relativas a la acción sanitaria, la educación y las prestaciones económicas de la Seguridad Social no han concedido a las Corporaciones Locales competencias sustantivas. La exposición de motivos de la Ley 14/1986, General de Sanidad, de 25 de abril, a la vez que fundamenta racionalmente esta opción política, reconoce el efecto centralizador de la misma en lo concerniente al nivel local respecto a la situación anterior. Nuestras leyes de acción social y/o servicios sociales, no sólo soslayaron cualquier clase de consideración racional, sino que no esperaron a que a que se resolviera la financiación local, ni a que los ocho o nueve mil municipios existentes se redujeran a ochocientos. Optaron sin consideración a criterios superiores por la descentralización generalizada de una parte importante de las competencias en servicios sociales hacia los entes locales. La denuncia del centralismo y la propuesta de municipalización podemos encontrarlas en algunos preámbulos de nuestras leyes de servicios sociales. Debíó de ser más importante que esto la incorporación del principio de descentralización a la mayoría de las mismas. Por lo que se refiere a la regulación de competencias, las Comunidades Autónomas siguen técnicas descriptivas diferentes. Ni para cada caso ni, por consiguiente, para el conjunto se ha trazado una división de respon-

⁶⁷ Helena Sotelo, «Principales tendencias en el ámbito de los servicios sociales en algunos países europeos», en Fernando Fantova (coordinador), *Situación y perspectivas del sistema público de servicios sociales en la Comunidad Autónoma del País Vasco*, Gobierno Vasco, 2005, pp.125-126.

sabilidades y capacidades mediante la aplicación de alguna regla simple. Éste es un hecho que interesa por sí mismo, a la vez que dificulta cualquier intento de generalización. Salvado ello, me atrevo a formular estas apreciaciones: 1) las Comunidades Autónomas se reservan la potestad legislativa y, en general, la reglamentaria; 2) sin perjuicio de la participación local, las Comunidades quedan con la responsabilidad financiera básica; 3) las Provincias apenas reciben responsabilidades, salvo en los casos de Castilla y León, Comunidad Valenciana y, sobre todo, el País Vasco; 4) los Municipios y entidades intermunicipales reciben principalmente responsabilidades de ejecución de servicios, especialmente los del primer nivel organizativo.

La potestad legislativa de las Comunidades y su responsabilidad financiera pudieron haber sido utilizadas para salvar el riesgo de las desigualdades de protección dentro de cada una de aquellas en función de las Entidades locales de residencia. A la vista de las disposiciones sobre la materia de la Ley Reguladora de las Bases del Régimen Local de 1985, no parece que ésta pueda ser un obstáculo para esa acción igualadora. Pero es el caso que la principal iniciativa de ese signo fue tomada –y es mantenida– por la Administración General del Estado, al promover el Plan Concertado. Aparte de las limitaciones que indiqué, parece oportuno señalar ahora que este programa de parcheo revela la contradicción entre la ideología municipalista, mencionada en su momento, y la escasa o nula voluntad política de una parte muy importante de los sucesivos equipos municipales de gobierno.⁶⁸ El Plan Concertado no fue –ni es– la respuesta a un clamor de los ayuntamientos deseosos de ofrecer servicios sociales y carentes de recursos para ello. Fue, al contrario, una iniciativa centralista para maquillar el fracaso de la descentralización en numerosos municipios...

Por supuesto, además de la desigualdad, la descentralización de competencias a los municipios es técnicamente problemática para los de pequeño tamaño. Problema éste que se pretende afrontar mediante el recurso a las mancomunidades. Ante tal opción es obligado decir que, siendo bastante fácil la constitución y el funcionamiento de esas instituciones para la recogida de basuras y servicios similares, no lo es tanto para proveer prestaciones de servicios sociales. Ocurre, además, que la toma de decisiones casuísticas que implican gasto lleva consigo muchas veces, incluso para casos críticos, autorizaciones del órgano de gobierno de la mancomunidad; de este modo, la famosa proximidad de la toma de decisiones que justificaría la descentralización hacia los ayuntamientos se frustra.

Otro problema que merece ser señalado es la asignación en bloque de la competencia ejecutiva del nivel primario de los servicios sociales a los municipios. El modelo territorial implica el máximo desarrollo del nivel primario de atención. Pero, presumiblemente por las limitaciones presupuestarias y técnicas de los Ayuntamientos, se mantiene en muchos casos un formato raquítico de ese nivel.

⁶⁸ Entre las excepciones notables, cabe citar la labor de la Diputación de Barcelona y ayuntamientos vinculados a su política, puesta en común en sus Jornades 20 Anys de Serveis Socials als Ajuntaments Democràtics, citadas.

Entidades privadas

El régimen de Franco, como correspondía a su naturaleza, limitó y ahogó no pocas expresiones de la acción privada. En algunos casos se trataba de asegurar la indoctrinación, por lo que se concedieron monopolios de ciertas actividades sociales voluntarias, por ejemplo, a la Sección Femenina y al Frente de Juventudes. En otros, la profesión de ciertos principios socialistas llevó a suprimir la colaboración con la Seguridad Social de las entidades lucrativas. Pese a esto, no faltaba quien tenía la impresión de que el franquismo había abandonado la responsabilidad de los servicios sociales en manos privadas, con graves consecuencias tanto funcionales como morales. Incluso en ocasión tan aparentemente tecnocrática como la Consulta de 1978 se manifiestan repetidas cautelas hacia la acción autónoma de las entidades voluntarias. En la Resolución sobre servicios sociales del XXVIII Congreso del PSOE se postula la «superación de la dicotomía entre las instituciones y los servicios públicos, de una parte, y privados, de otra...». Llegaba, pues, el turno de un nuevo intervencionismo público, que pareció excesivo a los expertos internacionales de la Consulta de 1984 –cuyo jefe era un ex ministro del Gobierno de Salvador Allende–, según atestigua de modo inequívoco su Informe (V.5).

Pese a que tal orientación intervencionista no es propia de la democracia política, tengo la impresión de que en aquella coyuntura de superación del franquismo se registraba un amplio consenso sobre la misma... Es cierto que en algunas leyes de servicios sociales, comenzando por la vasca, se reconoce un papel importante a las entidades voluntarias, pero a la vez se las sitúa en una posición de estricta subordinación dentro del sistema público. Por otra parte, las entidades mercantiles son ignoradas prácticamente por las leyes, pese a que ninguna norma superior impide que actúen en la rama de los servicios sociales y a que, por ende, es obligado proveer al menos a regular su actividad y controlarla desde el punto de vista del interés del usuario.

La mayor o menor apertura de los sistemas públicos de servicios sociales a los sectores privados parece asunto con fondo ideológico; debe expresar eso que se llama el modelo de sociedad. Pues bien, llama la atención las pocas diferencias que se aprecian entre leyes con paternidades parlamentarias de ideologías opuestas. Por otra parte, el régimen que se adopta para la colaboración del sector voluntario no registra las variaciones que presumiblemente ameritan las diferencias institucionales del mismo; así, el requisito de democracia interna no debe ser igualmente aplicable en una asociación, en una fundación o en un instituto religioso de intervención social. Además de la uniformidad, llama la atención, según dije, el rigor de las condiciones de colaboración o, al menos, el estilo estricto en que se formulan. En relación con esto, es de advertir que **el estatismo de la mayor parte de las leyes quedó en evidencia por la incapacidad de las Comunidades Autónomas para cubrir por sus medios la demanda de servicios sociales.**

Participación

Como ocurriera en su lugar de origen, el «mayo francés» de 1968 inspiró aquí una ola propicia al ideal de la participación. No sólo fueron parte de la misma los movimientos afines al intento revolucionario mentado, sino también los guías y líderes de la sociedad establecida. Hay que decir, en contrapartida, que ese ideal participativo se manifestó de modo muy diverso en lo que se refiere a sus aplicaciones. Siendo una idea moderna y tan maleable, no es de extrañar que tuviera muy extensa acogida en el movimiento crítico relativo a la política y los servicios sociales. La «participación popular» fue ampliamente tratada en la Consulta de 1978 y, desde luego, podemos encontrar muy vivamente ponderado el ideal participatorio en las dos resoluciones del PSOE que vengo citando. Pero a los expertos internacionales de la Consulta de 1984 no les convenció el sistema de consejos que debieron de encontrar en el borrador de la norma nacional de servicios sociales, supuestamente inspirado en dichas resoluciones.

En general, la idea y el principio de participación son recogidos en las exposiciones de motivos y en los articulados de las leyes de servicios sociales. La aplicación del principio participativo se llevará a cabo mediante consejos regulados por las leyes de servicios sociales. Los mismos tienen carácter consultivo y están compuestos por representantes de organismos públicos y entidades voluntarias concernidas, en ocasiones indirectamente, por los servicios sociales. Salvo alguna excepción, los propios textos legales establecen estos órganos no sólo para las Comunidades Autónomas, sino para otros ámbitos territoriales menores, en línea con lo propuesto en las Conclusiones de las II Jornadas Socialistas de Servicios Sociales, de 1981. Entre estos, encontramos una excepción al carácter consultivo antes indicado: la Ley de Castilla y León prevé para los Consejos Sociales rurales y de barrio que instituye «funciones no sólo de participación, sino que también gestionarán programas de acción social...» (art. 23).

Para valorar la fórmula participativa reseñada conviene recordar al menos los hechos que siguen. Pese a que, en general, las leyes dicen regular sistemas públicos de servicios sociales, no se vinculan explícitamente a los mismos los consejos de participación antes aludidos. Las asociaciones de afectados participes de los consejos, además de representar a sus miembros como usuarios, son receptoras de subvenciones y adjudicatarias de la gestión de ciertos servicios por parte de los interlocutores públicos. Por las dos últimas circunstancias, **la participación establecida no está libre del riesgo clientelista.**

5. LOS CAMBIOS LEGISLATIVOS RECIENTES EN MATERIA DE SERVICIOS SOCIALES

Encarna Guillén

Catedrática. Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales
Universidad Complutense de Madrid

Antoni Vilà

Profesor. Departamento de Pedagogía
Universitat de Girona

5.1. INTRODUCCIÓN

Una vez aprobada la Constitución y los respectivos Estatutos de Autonomía, las Comunidades Autónomas emprendieron el camino para elaborar las leyes de servicios sociales. El proceso de aprobación de dichas leyes se materializó en la década 1982-92.¹ Las primeras leyes autonómicas de servicios sociales y/o acción social, según el orden de aprobación, fueron las siguientes:

- País Vasco.** Ley 6/1982, de 20 de mayo, sobre Servicios Sociales.
- Navarra.** Ley Foral 14/1983, de 30 de marzo, sobre Servicios Sociales.
- Madrid.** Ley 11/1984, de 6 de junio, de Servicios Sociales.
- Murcia.** Ley 8/1885, de 9 de diciembre, de Servicios Sociales de la región de Murcia.
- Cataluña.** Ley 26/1985, de 27 de diciembre, de Servicios Sociales.
- Castilla-La Mancha.** Ley 3/1986, de 16 de abril, de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha.
- Baleares.** Ley 9/1987, de 11 de febrero, de Acción Social.
- Aragón.** Ley 4/1987, de 25 de marzo, de Ordenación de la Acción Social.
- Asturias.** Ley 5/1987, de 11 de abril, de Servicios Sociales.
- Extremadura.** Ley 5/1987, de 23 de abril, de Servicios Sociales.
- Canarias.** Ley 90/1987, de 28 de abril, de Servicios Sociales.
- Galicia.** Ley 3/1987, de 28 de abril, de Servicios Sociales.
- Andalucía.** Ley 2/1988, de 4 de abril, de Servicios Sociales de Andalucía.
- Castilla y León.** Ley 18/1988, de 28 de diciembre, de Acción Social y Servicios Sociales.

¹ La primera proposición de Ley de servicios sociales fue presentada en el mes de febrero de 1981 por el Grupo Socialista al Parlamento catalán.

Valencia. Ley 5/1989, de 6 de junio, de Servicios Sociales de la Comunidad Valenciana.

La Rioja. Ley 2/1990, de 10 de mayo, de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de La Rioja.

Cantabria. Ley 5/1992, de 27 de mayo, de acción social.

Estas normas diseñan modelos autonómicos de servicios sociales con singularidades y características propias, aunque también con grandes similitudes en muchos aspectos básicos. Así, podríamos afirmar que si bien dichas leyes crearon 17 sistemas de servicios sociales tienen un fondo común, que seguramente procede de planteamientos y esquemas técnicos comúnmente aceptados y de ciertos consensos políticos generados durante la transición.²

Al año siguiente de finalizar el periodo de promulgación de dichas leyes, Galicia inicia la llamada segunda generación de leyes de servicios sociales, que nosotros denominaremos simplemente segundas leyes, ya que consideramos que, como se verá, la diferencia entre las primeras y las segundas no es tan relevante como para que pueda hablarse con propiedad de una nueva generación. Hasta la fecha, son siete las Comunidades Autónomas que han aprobado nuevas leyes:

Galicia. Ley 4/1993, de 23 de abril, de servicios sociales.

País Vasco. Ley 5/1996, de 18 de octubre, de servicios sociales.

Valencia. Ley 5/1997, de 10 de julio, por la que se regula el Sistema de Servicios Sociales en el ámbito de la Comunidad Valenciana.

La Rioja. Ley 1/2002, de 1 de marzo, de Servicios Sociales.

Asturias. Ley 1/2003, de 24 de febrero, de servicios sociales.

Madrid. Ley 11/2003, de 27 de marzo, de Servicios Sociales.

Murcia. Ley 3/2003, de 10 de abril, del Sistema de Servicios Sociales de la Región de Murcia.

Las principales razones que señalan las propias leyes, en sus exposiciones de motivos, para su promulgación son los siguientes: a) los cambios sociales producidos en los últimos años (demográficos: envejecimiento de la población, corrientes migratorias..., desempleo, etc.) que originan nuevas necesidades y el incremento de la demandas; b) la asunción de nuevas transferencias de servicios y prestaciones; c) el replanteamiento del papel y de la participación de la iniciativa privada, el voluntariado y de las nuevas organizaciones sociales; d) la aprobación de nuevos textos normativos en los diferentes sectores o áreas de actuación; e) la profundización en el concepto de servicios sociales y los resultados de la valoración de la experiencia de intervención social. Tampoco parecen ajenos los cambios políticos, si tenemos en cuenta que en muchos casos variaron las mayorías parlamentarias existentes en el momento de la aprobación de las leyes iniciales.³

² VILÀ, A. *Els Serveis Socials. Una visió històrica*. Girona: Diputació de Girona, 2005, p. 225.

³ Las mayorías parlamentarias en la aprobación de las primeras y las segundas leyes fueron, respectivamente, las siguientes: Galicia (PSOE; Alianza Popular); País Vasco (PNV; PNV-PSE-PSOE); Valencia

Además de estas nuevas leyes, a las que nos referiremos en el presente trabajo, debemos tener en cuenta que algunas asambleas legislativas autonómicas han aprobado modificaciones de sus leyes de servicios sociales, algunas de gran calado, como el caso de Cataluña que aprobó la Ley 4/1994, de 20 de abril, de administración institucional, de descentralización, de desconcentración y de coordinación del sistema catalán de servicios sociales, cuyo texto fue refundido con las leyes anteriores.⁴ Por otra parte, otras Comunidades Autónomas han optado por legislar para determinados colectivos o ámbitos de actuación (personas con discapacidad, personas mayores, personas dependientes) que incluyen en sus textos aspectos importantes referidos a los servicios sociales.⁵

Tampoco puede olvidarse la normativa estatal que incide en los servicios sociales autonómicos, como la normativa de la Seguridad Social respecto a los servicios sociales del sistema, aunque en esta materia la capacidad normativa estatal ha sido ejercida escasamente, o la Ley 13/1982, de 30 de abril, de Integración Social de los Minusválidos (LISMI), cuyo Título VIII dedicado a los Servicios Sociales influyó, sin duda, más allá del ámbito de la discapacidad, en la configuración de los sistemas autonómicos. Asimismo, la Ley 7/1985, de 2 de abril, reguladora de las Bases de Régimen Local, afecta directamente al sistema competencial y a su reparto, ya que, a pesar de su indeterminación, incide en los aspectos siguientes: a) remarca el principio constitucional de autonomía de los entes locales para la gestión de sus intereses; b) atribuye a todos los municipios competencias en la «prestación de servicios sociales y de promoción y reinserción social» y obliga a los de más de 20.000 habitantes; c) los municipios pueden realizar actividades complementarias; d) posibilita la creación de comarcas, mancomunidades, áreas metropolitanas, etc.; e) reserva a las diputaciones unas competencias mínimas (coordinación de servicios municipales, la asistencia y cooperación a los municipios, etc.). A partir de estas bases competenciales, la concreción de las funciones de las Corporaciones locales corresponde a las leyes sectoriales autonómicas.

Finalmente, también contribuyó en alguna medida a la configuración de los servicios sociales autonómicos la aprobación en 1987 del Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales entre las Administraciones Públicas, que surgió con la intención de intentar suplir la ausencia de una ley básica estatal y que, con gran voluntarismo, pretendía garantizar a todos los ciudadanos la igualdad de condiciones en el acceso a unas prestaciones básicas sin los instrumentos jurídicos y económicos idóneos para ello.

(PSOE; PP); La Rioja (Alianza Popular; PP); Asturias (PSOE; PSOE); Madrid (PSOE; PP); Murcia (PSOE; PP). GUILLÉN, E. Sobre las segundas leyes de servicios sociales. En GUILLÉN, E. (comp.) Sobre problemas y respuestas sociales. Barcelona: Editorial Hacer, 2005, p. 143.

⁴ Decreto Legislativo 17/1994, de 16 de noviembre, que aprueba la refundición de las leyes 12/1983, de 14 de julio, 26/1985, de 27 de diciembre, y 4/1994, de 20 de abril.

⁵ En relación a la discapacidad, la Ley andaluza 1/1999, de 31 de marzo, de Atención a Personas con Discapacidad y la Ley 11/2003, de 10 de abril, sobre el Estatuto de las Personas con Discapacidad de la Comunidad Autónoma Valenciana, y para el colectivo de mayores se han promulgado la Ley 6/1999, de 24 de junio, de Atención y protección a las Personas Mayores de Andalucía y la Ley 5/2003, de 3 de abril, de Atención y Protección a las Personas Mayores de Castilla y León. Además, desde Cantabria se aprobó la Ley 6/2001, de 20 de noviembre, de Protección a las Personas Dependientes.

5.2. ANÁLISIS DE LOS CAMBIOS

Galicia abrió en 1993 el camino a las segundas leyes de servicios sociales y, hasta el momento, la cierra, diez años después, la Ley de la Región de Murcia. Sin embargo, actualmente, se observan en distintas Comunidades Autónomas múltiples iniciativas y debates sobre dichas normas, que pueden propiciar la elaboración de nuevas leyes.⁶ La duración de las leyes iniciales que han sido renovadas oscila entre los más de dieciocho años de vigencia de la Ley madrileña y los casi seis de la Ley gallega.

En los apartados siguientes se presenta, en primer lugar, un breve apunte sobre los rasgos básicos de los servicios sociales en las distintas autonomías al finalizar la primera serie de leyes en el año 1992 y, a continuación, se señalan las innovaciones y aportaciones más remarcables de las segundas leyes.⁷ Para ello, se han seleccionado nueve elementos, algunos substantivos y otros de carácter organizativo, que consideramos básicos en la configuración de los modelos de servicios sociales autonómicos, a los que se le ha añadido otro referente al tratamiento que le dan las leyes a la dependencia, ya que se trata de un aspecto emergente en algunas de las nuevas leyes: 1) el derecho a los servicios sociales; 2) los principios rectores; 3) las prestaciones; 4) los derechos y deberes de los usuarios; 5) la financiación; 6) el sistema de servicios sociales; 7) la estructuración funcional y territorial; 8) la distribución competencial; 9) la participación; y 10) la dependencia.

5.2.1. Derecho a los servicios sociales

Todas las primeras leyes autonómicas se proponen, más o menos explícitamente, establecer el derecho a los servicios sociales. En algunas leyes encontramos referencias al derecho a los servicios sociales en la exposición de motivos⁸ y en otras se recoge en el propio articulado de la ley,⁹ aunque en general después, ni en el texto de la ley ni en las normas de desarrollo, disponen mecanismos reales y eficientes para garantizarlos, supeditando, así, los derechos a los recursos económicos y no al revés, como correspondería si se tratara de derechos subjetivos.¹⁰

6 Como ejemplo, podemos citar los trabajos de reflexión y debate que se están realizando en el País Vasco –puede consultarse el Dossier para el debate, publicado por el departamento de Vivienda y Asuntos Sociales. Situación y perspectivas del sistema público de servicios sociales en la Comunidad Autónoma del País Vasco (2005)– o el proyecto de Ley de servicios sociales presentado al Parlamento de Cataluña que, si bien fue admitida a trámite el 14 de febrero de 2006, ha decaído debido a la convocatoria de elecciones autonómicas.

7 Para el estudio de estas normas partimos del trabajo de GUILLÉN, E. Sobre las segundas leyes de servicios sociales. En GUILLÉN, E. (comp.) Sobre problemas y respuestas sociales. O.c., pp. 141-152.

8 Se establece como objetivo, por ejemplo, generar un derecho subjetivo a favor del administrado (Andalucía); el reconocimiento de unos derechos subjetivos del ciudadano, cuya contrapartida es la obligatoriedad de los poderes públicos de hacerlos efectivos (Aragón); la obligatoriedad de los poderes públicos en la prestación de los servicios sociales (Cantabria) o un derecho de las personas que lo precisen (Galicia).

9 Se señala, por ejemplo, que debe garantizar el derecho y facilitar el acceso a los servicios (Canarias) o hacer efectivo el derecho de los ciudadanos (Cantabria, Murcia, La Rioja).

10 VILÀ, A. El derecho a los servicios sociales: ¿mito o realidad? *Quaderns de Serveis Socials*, 14 (1999), p. 8 y sig.

Varias de estas leyes mezclan los derechos y el principio de universalidad. Aunque ambos conceptos se relacionan con los sujetos de las prestaciones, se trata de dos cuestiones bien distintas. Trataremos de la universalidad en el apartado siguiente referente a los principios. En relación al derecho en sentido subjetivo o derecho subjetivo, se considera que existe cuando «la norma, en cuanto que favorece el interés de una persona, le concede un derecho» o dicho de otra forma cuando «el derecho deviene su derecho».¹¹ Por ello, en nuestro caso, consideramos que el derecho subjetivo exige una norma que delimite de forma concisa la prestación y los requisitos de acceso a que tiene derecho el sujeto y correlativamente exija al responsable de prestarla que disponga de los recursos suficientes y que, asimismo, le otorgue al sujeto del derecho la legitimación para ejercer, en caso de incumpliendo, su derecho ante los tribunales.

Por otra parte, las normas que comentamos conceden a los residentes en la Comunidad Autónoma correspondiente y a los transeúntes la titularidad de los derechos. Algunas de las leyes de este primer grupo también explicitan la igualdad de derechos con los nacionales de los ciudadanos de otros países de la Unión Europea. También consideran en el caso de los extranjeros los principios de reciprocidad y de respeto a los tratados internacionales, así como los refugiados y apátridas, pero no concretan los derechos de los ciudadanos de terceros Estados ni de los extranjeros «sin papeles». Algunas leyes se refieren a los «ciudadanos», término de compleja interpretación jurídica, y otras a «personas», quizá una denominación más idónea para abrir el acceso a los servicios sociales, al menos a los básicos, como un derecho humano.

En términos generales, aunque con algunas excepciones, podemos afirmar que, a pesar del voluntarismo y de las formulaciones retóricas de los textos, las primeras leyes no establecen propiamente un derecho subjetivo a las prestaciones de servicios sociales.

Si analizamos, ahora, el objeto de las segundas leyes podemos observar un primer grupo que se refiere al «derecho de toda la ciudadanía a los servicios sociales» (País Vasco) o «promover y garantizar el derecho que tienen todos los ciudadanos a acceder a los servicios sociales» (La Rioja, Murcia). En los otros casos, parece continuar primando los objetivos de carácter instrumental y organizativo, señalando que el objeto es la «ordenación y estructura de un sistema integrado por servicios sociales como servicio público» (Galicia), «regular y estructurar el Sistema Público de Servicios Sociales» (Valencia) o garantizar a todos los ciudadanos «las actuaciones que desarrollen las diferentes Administraciones públicas o la iniciativa privada, en el campo de los servicios sociales mediante un sistema público de servicios sociales» (Madrid).

En el contenido de los textos todas se refieren al derecho como aspecto importante, aunque en general persisten las formas ambiguas: a) País Vasco: además de promover y garantizar el derecho de toda la ciudadanía a los servicios

11 DÍEZ PICAZO, L. *Experiencias jurídicas y teoría del derecho*. Barcelona: Ariel, 1973, pp. 70 y sig.

sociales, señala las prestaciones mínimas, que coinciden básicamente con el núcleo principal de las prestaciones de primer nivel (arts. 1 y 5.1); b) Valencia: garantizar a todos los ciudadanos y ciudadanas la prevención, el tratamiento y la eliminación de cualquier causa de marginación (art. 1); c) La Rioja: promover y garantizar el derecho que tienen todos los ciudadanos a acceder a los servicios sociales (art. 1); d) Murcia: promover y garantizar el derecho de todos los ciudadanos a un sistema de servicios sociales de responsabilidad pública (art. 1); e) Madrid: asegurar el derecho de las personas a vivir dignamente durante todas las etapas de la vida, teniendo cubiertas las necesidades sociales.

La única ley que se refiere explícitamente al «derecho subjetivo» es la Ley del Principado de Asturias que, en su exposición de motivos, señala que pretende constituir «un verdadero sistema público de servicios sociales que contribuya a la consolidación de derechos sociales», concretando que «constituye uno de los aspectos esenciales de la Ley el reconocimiento, a través del referido catálogo, de aquellas prestaciones que tendrán el carácter de fundamentales y que serán exigibles como derecho subjetivo». El artículo 20, que regula el citado catálogo de prestaciones, establece que comprenderá el conjunto de prestaciones del sistema y que deberá detallar las *prestaciones fundamentales* «que serán exigibles como derecho subjetivo en términos establecidos en el mismo directamente o previa indicación técnica y prueba objetiva de su necesidad, con independencia, en todo caso, de la situación económica de los beneficiarios». Asimismo, establece el carácter complementario de las prestaciones del catálogo en relación con las previstas por la Administración General del Estado en el ámbito de la Seguridad Social y que su desarrollo será progresivo, que, en virtud de la Disposición Adicional Segunda, deberá aprobarse en el plazo máximo de dos años. No obstante, ha transcurrido este plazo sin que se haya aprobado hasta la fecha el decreto que debía detallar dichas prestaciones y, por tanto, distinguir las fundamentales que serían exigibles como derecho subjetivo.

Por todo ello, podemos concluir que la única ley que se refiere al derecho subjetivo es la actual Ley asturiana y que la falta de aprobación hasta la fecha del listado de prestaciones fundamentales hace inefectivo dicho derecho.

5.2.2. Principios

Los principios básicos que recogen la mayoría de las primeras leyes de servicios sociales son: responsabilidad pública, prevención, participación, normalización, integración, universalidad y globalidad, así como los principios técnicos-organizativos de descentralización, planificación y coordinación. Asimismo, se reiteran otros principios y derechos constitucionales, como la igualdad, la solidaridad/redistribución, etc. En cambio, otros principios no gozan de unanimidad, como la sectorización o el reconocimiento y promoción de la iniciativa privada.¹²

¹² Este principio sólo recibió un reconocimiento explícito en la Ley catalana, que establecía, a continuación del principio de responsabilidad pública, el reconocimiento y la promoción de la iniciativa privada.

Algunos principios como el de universalidad se tratan en las leyes, tanto en las primeras como en las segundas, de una forma poco clara, cuando no errónea.¹³ Consideramos que el principio de universalidad se refiere a la igualdad de acceso de toda la población a las prestaciones, en función de las necesidades personales y sociales y de las correspondientes indicaciones técnicas, sin tener en cuenta la situación económica e independientemente, en su caso, de las obligaciones de pago.¹⁴

Las segundas leyes en general reiteran los mismos principios y los amplían con algunos nuevos. Entre las nuevas aportaciones podemos destacar: a) atención personalizada (País Vasco, Asturias), protagonismo de la persona (Madrid), trato personalizado (Murcia); b) concreción y ampliación del principio de coordinación y cooperación, con la iniciativa social y otras áreas del bienestar social y especialmente la sociosanitaria (País Vasco, Valencia, La Rioja, Madrid); c) en algún caso, se concreta el objetivo de garantizar la continuidad asistencial (Asturias); d) un mayor énfasis en el reconocimiento y apoyo a la iniciativa privada en general (Galicia, Murcia) y en la concurrencia de los agentes sociales en la satisfacción de necesidades sociales (Madrid); e) calidad y eficiencia (Valencia,¹⁵ Asturias, Murcia); f) desconcentración, territorialidad y proximidad (Galicia, Valencia, Asturias, Madrid); g) simplificación y racionalización (Murcia).

Sin embargo, consideramos que los principios que en su aplicación práctica generan mayores dificultades actualmente son los de universalidad y de igualdad. Todas las nuevas leyes se refieren a la universalidad y muchas de ellas a la igualdad. La ley asturiana define con gran claridad el principio de universalidad: «el acceso al sistema público de servicios sociales tendrá lugar en condiciones de igualdad efectiva con independencia de las condiciones sociales, económicas y territoriales» (art. 5, b). Por su parte, la Ley de Madrid otorga un carácter universal y gratuito a las prestaciones técnicas y la Ley de La Rioja distingue entre las prestaciones básicas que tienen un carácter universal y las complementarias que define como «los complementos necesarios para una mayor efectividad de las prestaciones básicas» (art. 28).

Por todo ello, podemos afirmar que, a pesar de que algunas de las leyes más recientes se refieren a la universalidad, especialmente las normas de Asturias, Madrid y La Rioja, el derecho de acceso universal que establecen, a excepción de la Ley asturiana que lo hace con carácter general, se circunscribe a las llamadas prestaciones técnicas o básicas, muchas de las cuales ya se vienen prestando con dicho carácter, aunque es cierto que algunos casos incorporan nuevas prestaciones: protección jurídico-social de las persona con capacidad limitada

13 En varias de las normas de desarrollo de las leyes que establecen el principio de universalidad se tiene en cuenta para el acceso a las prestaciones la situación socioeconómica, invalidando así dicho principio.

14 «... se aconseja: *Adoptar el principio de acceso individualista a los servicios sociales públicos en función de la indicación técnica de las prestaciones y actividades, en tanto que la situación socioeconómica de los usuarios debe servir de referencia para la diversificación compensatoria de los precios*». CASA-DO, D. Reforma política de los servicios sociales. Madrid: Edit. CCS, 2002, pp.96.97

15 La segunda Ley valenciana dedica el Título VII a la garantía de la calidad de los recursos.

en situación de desamparo, intervención psicológica, acompañamiento social, etc. (Madrid, art. 16), apoyo a la unidad de convivencia y ayuda a domicilio, alojamiento alternativo, prevención e inserción social (La Rioja, art. 28). Recordemos que aunque la universalidad no supone la gratuidad, exige a la Administración pública competente la creación de una oferta suficiente para satisfacer la demanda de las prestaciones universales. Estas condiciones muchas veces no se dan, vulnerando así dicho principio y debiendo dispensar dichas prestaciones de forma selectiva.

En relación a la igualdad, se debate sobre si las leyes deben optar¹⁶ por unos servicios sociales descentralizados y próximos, con gran ductilidad para ajustarse a las demandas personales y ofrecer respuestas rápidas y flexibles, por modelos más centralizados que ofrezcan respuestas más homogéneas o por modalidades eclécticas. En cualquier caso, estas normas deberían establecer medidas para garantizar el principio constitucional de igualdad de derechos y deberes y el respecto a la equidad, cuestiones que pocas veces quedan reflejadas a nivel operativo en la mayoría de las leyes, con la excepción de la Ley vasca que diseña un sistema descentralizado y se preocupa por la igualdad y la equidad, estableciendo para ello medidas concretas que intentan evitar su vulneración: a) planificación general; b) establecimiento de niveles mínimos de protección; c) programas, centros o servicios prestados con carácter unitario a través de la «acción directa» del gobierno (arts. 9 y 10).

5.2.3. Prestaciones

Las primeras leyes establecen dos tipos de prestaciones, las técnicas o servicios y las económicas. Las prestaciones técnicas se estructuran según correspondan al nivel primario o secundario (ver apartado 2.7) En el primario se prevén generalmente las prestaciones siguientes: información, orientación, asesoramiento y apoyo; valoración; convivencia e integración social y familiar; ayuda a domicilio; teleasistencia; etc. En el nivel secundario se prestan, ya sea en la modalidad de atención residencial o diurna, los siguientes: alojamiento y manutención, cuidados personales continuos; actividades de prevención y promoción; atenciones a la persona y la familia; ayudas técnicas; etc.

Las normas autonómicas atribuyen a los servicios sociales las prestaciones económicas ya sea como parte del sistema o como complemento. Estas prestaciones se dividen en periódicas y ocasionales. Las prestaciones periódicas cuya gestión se atribuye generalmente a los servicios sociales, aunque técnicamente la mayoría no corresponden a este ámbito,¹⁷ son las Pensiones No Con-

¹⁶ Se trata muchas veces de cuestiones relacionadas con el debate sobre las políticas sociales particularistas versus las políticas sociales universales. RUBIOL, G. y VILÀ, A. *Marc històric dels serveis socials locals de Catalunya*. Barcelona: Institut d'Edicions de la Diputació de Barcelona, 2003, p. 282.

¹⁷ «En principio podemos entender que las mismas (las prestaciones económicas) constituyen esta rama que hemos denominado «seguros y subsidios de renta»... [...] Tampoco nos parece dudoso que resulta apropiado colgar en dicha rama socioeconómica las pensiones y prestaciones económicas familiares de carácter asistencial –como los subsidios del FONAS, [...] o las prestaciones no contributivas de invalidez y jubilación». CASADO, D. y GUILLÉN, E. *Introducción a los servicios sociales*. Madrid: Edit. Popular, Madrid, (5ª edic.), 1994, p. 39.

tributivas de la Seguridad Social correspondientes a las situaciones de invalidez y de jubilación, así como a las antiguas ayudas asistenciales para ancianos y enfermos incapacitados del Fondo Nacional de Asistencia Social (FONAS) y los Subsidios de la LISMI (de garantía de ingresos mínimos; por ayuda de tercera persona y de movilidad). Por otra parte, existe una gran variedad de prestaciones económicas ocasionales para hacer frente a situaciones de necesidad concretas: de urgencia o emergencia destinadas a afrontar situaciones perentorias coyunturales; para integración social y desarrollo personal; para acogimiento familiar; para acceder a determinados servicios sociales; para adquisición de ayudas técnicas y accesibilidad; etc.

A pesar de que no se incluyen normalmente en las leyes de servicios sociales y disponen de normas específicas, merece una mención especial la prestación económica de renta mínima de inserción, que suelen gestionarse desde servicios sociales, aunque generalmente en colaboración con otras áreas (trabajo, salud, etc.) y que han significado un instrumento de intervención social de gran importancia.¹⁸ Por otra parte, cabe reseñar también las ayudas complementarias de carácter extraordinario para mejorar las pensiones más bajas, especialmente las no contributivas,¹⁹ que algunas comunidades autónomas han establecido y que también se gestionan desde los servicios sociales.

En este punto, es necesario aclarar una confusión bastante habitual en nuestro ámbito que confunde el contenido prestacional de los servicios sociales de las burocracias públicas que los gestionan, ya que en algunos casos los entes gestores de servicios sociales administran prestaciones que no corresponden propiamente a la rama de los servicios sociales y, por otra parte, cabe recordar que las normas jurídicas, especialmente las administrativas, no son fuentes creadoras de naturalezas técnicas.

Algunas de las segundas leyes rompen la dicotomía prestacional, ampliando la clasificación. La Ley madrileña más reciente divide las prestaciones individuales en: a) técnicas (los actos profesionales realizados para atender las necesidades planteadas por los usuarios, art. 16.1); b) económicas (entregas dinerarias, de carácter periódico o de pago único, concedidas a personas y a familias para facilitar su integración social, apoyar el cuidado de personas dependientes, paliar situaciones transitorias de necesidad y garantizar mínimos de subsistencia, art. 17.1); c) materiales (aquéllas cuyo contenido económico o técnico es substituido, en todo o en parte, por su equivalente material, art. 18.1). De forma parecida, el artículo 27 de la Ley riojana, atendiendo al contenido de las prestaciones, las divide en prestaciones técnicas, económicas y en especie, que serían las equivalentes a las materiales en la Ley madrileña.

¹⁸ Es una prestación mixta con preponderancia en las técnicas: «Lo sustantivo, así, es la inserción social, en tanto que la prestación económica viene a ser como una beca o bolsa» CASADO, D. y GUILLÉN, E. Introducción a los servicios sociales. O.c., p. 40.

¹⁹ Esta polémica cuestión actualmente está regulada por la Ley 4/2005, de 22 de abril, que modificó el apartado 4 del artículo 38 TRLGSS.

También debemos recordar que la Ley asturiana incorpora el concepto de «catálogo de servicios», de clara inspiración sanitaria,²⁰ que deberá ser aprobado por decreto y detallar el conjunto de prestaciones del sistema público de servicios sociales, distinguiendo las prestaciones «fundamentales» que, como se ha señalado, serán exigibles como derecho subjetivo (art. 20.1)

5.2.4. Derechos y deberes de los usuarios

La mayoría de las primeras leyes no recogen en sus textos de forma explícita los derechos y deberes de los destinatarios y usuarios de los servicios sociales que, en muchos casos, fueron regulados mediante reglamentos²¹ o mediante las normas de régimen interior de los equipamientos. Posteriormente, en algunos casos, se fueron estableciendo mediante disposiciones con rango de ley.²²

Por otra parte, también inciden en la mejora de los derechos y en el seguimiento las disposiciones de las leyes autonómicas²³ relativas a la ordenación, los servicios de inspección, los protocolos de detección y actuación ante malos tratos, los libros de reclamaciones, los planes de atención al ciudadano (p.e. Castilla y León, La Rioja), las cartas de derechos del ciudadano (p.e. Castilla-La Mancha), las cartas y catálogos de servicios (p.e. Madrid), los sistemas de calidad, los premios a la excelencia y calidad de los servicios, etc.

En este apartado son remarcables las aportaciones de las segundas leyes que han incorporado en sus textos los derechos y deberes, con la excepción de La Rioja. La Ley gallega dedica el Capítulo III, del Título II, a los Derechos y deberes de los usuarios; asimismo, la Ley valenciana lo hace en el Título VIII, además de crear el Comisionado para la protección del menor, que asume la defensa de los derechos de los niños/as (art. 19). También la Ley asturiana establece los derechos y deberes de las personas usuarias de los servicios sociales en el Capítulo II del Título V, la Ley de la Comunidad Autónoma de Madrid regula los derechos (art. 4) y deberes (art. 5) de los ciudadanos en relación a los servicios sociales, y, finalmente, la Ley de Murcia concreta los derechos y obligaciones de

20 La Ley 16/2003 de 28 Mayo, de Cohesión y Calidad del SNS distingue entre el «catálogo de prestaciones» del SNS que tiene por objeto garantizar las condiciones básicas y comunes para una atención integral, continuada y en el nivel adecuado de atención y la «cartera de servicios», mediante el cual se harán efectivas las prestaciones del citado catálogo.

21 Puede citarse como ejemplo el interesante Decreto 64/2004, de 6 de abril, por el que se aprueba la carta de derechos y obligaciones de las personas usuarias y profesionales de los servicios sociales en la Comunidad Autónoma del País Vasco y el régimen de sugerencias y quejas.

22 Por ejemplo, la Ley 5/1998, de 16 de abril, de derechos y deberes de las personas usuarias, autorizaciones administrativas, infracciones y sanciones e inspección en el ámbito de los servicios sociales de la Comunidad Autónoma de La Rioja o la Ley 14/2002, de 18 de diciembre, de Ordenación de la Actividad de los Centros y Servicios de Acción Social y de Mejora de la calidad en la Prestación de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid.

23 Asimismo, pueden reseñarse otras instituciones autonómicas que inciden en los derechos, como los Defensores del Pueblo autonómicos y otras instituciones específicas para la defensa de los derechos de algunos colectivos, como el Letrado Defensor del Anciano de Asturias, el Defensor del Discapacitado en la Comunidad Valenciana o las Comisiones Tutelares para personas incapacitadas.

los usuarios en el Capítulo II del Título IV. Una aportación importante se refiere al derecho que algunas establecen a un profesional de referencia, por ejemplo, la Ley madrileña señala que «*El profesional de referencia será el encargado de canalizar los distintos apoyos que precise cada persona, asegurando la globalidad e integridad de las intervenciones, así como la adecuada aplicación de los recursos*». (art. 25, 1, 2 y 3), aunque al establecerlo por niveles entra en contradicción con el principio de globalidad.

Con dichas aportaciones, podemos señalar que actualmente los derechos y deberes suelen concretarse en los siguientes:²⁴

- Derechos:
 - a) A una información suficiente y veraz sobre las prestaciones y recursos.
 - b) A recibir la atención social sin discriminación.
 - c) A ser protegido por la ley.
 - d) A una atención individualizada que respete su identidad y dignidad.
 - e) A la asignación de un profesional de referencia que asegure la coherencia y globalidad del proceso de atención.
 - f) A participar en la toma de decisiones que le afecten y a elegir libremente el tipo de medidas y recursos a aplicar.
 - g) A la confidencialidad de la información en poder del servicio.
 - h) A la continuidad de la prestación de ayuda o servicio en las condiciones convenidas.
 - i) A cesar voluntariamente en la utilización de la prestación o servicio.
 - j) A presentar sugerencias y reclamaciones.
 - k) A participar en los órganos de representación.
 - l) A disfrutar de los derechos humanos y libertades fundamentales y a participar en la determinación de las condiciones de vida de la institución.

- Deberes:
 - a) Cumplir las normas, requisitos y procedimientos para el uso y disfrute de las prestaciones.
 - b) Destinar las prestaciones recibidas para el fin que se concedieron.
 - c) Facilitar información veraz sobre las circunstancias personales, familiares y económicas cuando sea necesaria para el otorgamiento de la prestación.
 - d) Comprometerse a participar activamente en el proceso de mejora, autonomía e inserción social.
 - e) Acudir a las entrevistas con los profesionales y realizar las actividades indicadas del proceso de integración social.

²⁴ ALEMÁN, C. y GARCÍA SERRANO, M. *Servicios Sociales Sectoriales*. Madrid: Editorial Universitaria Ramón Areces, 2005, pp. 50-51.

- f) Contribuir a la financiación del servicio, cuando se determine reglamentariamente.

5.2.5. Financiación

Este aspecto, clave para la efectividad del derecho a los servicios sociales, es seguramente el talón de Aquiles de las legislaciones autonómicas de servicios sociales. Para la efectividad del derecho a los servicios sociales, como ocurre con la mayoría de los derechos sociales, se precisa articular un conjunto de prestaciones que tienen unos costes económicos que deben sufragarse.

Como se ha comentado, las leyes iniciales en la materia proclamaban enfática y voluntariosamente los derechos señalando de forma genérica que para ello se consignaran los créditos necesarios. Sin embargo, estas normas autonómicas y algunas de desarrollo intentaron mediante diversas medidas concretar e incrementar los recursos para hacer frente a las obligaciones establecidas.²⁵

Algunas leyes establecen porcentajes mínimos que deben fijar en los presupuestos de las comunidades autónomas (p.e. 6% Navarra, Baleares, Castilla y León) o señalan la obligación de financiar determinados servicios (p.e. Aragón establece que financiará al menos el 50 % del gasto de mantenimiento de las estructuras básicas municipales). En otros casos, establecieron porcentajes presupuestarios para las Corporaciones locales (entre el 4 y el 6%), ya fuera con carácter obligatorio (6%: Navarra, Baleares, Castilla y León) o como preferencia en el acceso a la financiación autonómica (5%: Canarias, Castilla-La Mancha, Madrid; 4 % Cataluña, etc.). Asimismo, algunas Comunidades Autónomas fijaron la obligatoriedad de aportar el solar o equivalente para la construcción de equipamientos de servicios sociales (p.e. Cataluña, Baleares).

La colaboración con la iniciativa privada se estableció a través de tres modalidades (subvención, convenio y concierto) y, aunque las normas explicitaban una vaga preferencia (progresivamente, gradualmente, se tenderá,...) por las dos últimas modalidades de financiación citadas, la más utilizada ha sido la subvención²⁶ que es una forma de fomento de las actividades de interés social realizadas por las entidades, que ofrece poca seguridad en su concesión y continuidad y, por tanto, resulta poco apta para garantizar derechos.

En relación a las aportaciones de los usuarios y/o sus familias, un grupo de leyes (p.e. Extremadura, Galicia, Murcia) establecían como objetivo último la gratuidad total de los servicios sociales. Algunas de estas normas determinaban el carácter gratuito de algunos servicios del nivel primario.²⁷ La participación económica

²⁵ Para ampliar ver VILÀ, A. Legislación autonómica sobre dependencia. En RODRÍGUEZ CABRERO, G. La protección Social de la dependencia. Madrid: IMSERSO, 1999, pp. 396 y ss.

²⁶ También se han utilizado pseudo convenios o convenios de adhesión, en los que muchas veces, además de persistir la inseguridad citada, incluyen exigencias y condiciones relativas a la forma y las características de las prestaciones.

²⁷ Por ejemplo, los prestados por las estructuras básicas municipales (Aragón), los servicios sociales de información, valoración, orientación y animación comunitaria (Extremadura) o el servicio social de información y orientación y el de promoción y cooperación (Murcia).

de los usuarios se contempla en las primeras leyes, ya sea con carácter potestativo o como una fuente de financiación, aunque se suele supeditar a una serie de criterios y garantías.²⁸ También algunas de las primeras leyes se refieren a las aportaciones de otras personas, especialmente los familiares obligados legalmente (p.e. Aragón, Baleares, Cataluña) y algunas prevén la aportación del patrimonio del usuario del servicio (en dinero o como garantía) cuando no disponga de liquidez para hacer efectivo el precio del servicio (p.e. Cataluña, Castilla-La Mancha).²⁹

Estas medidas se han revelado totalmente insuficientes para hacer frente a las crecientes necesidades que deben satisfacer los servicios sociales, por ello, todas las nuevas leyes abordan estas cuestiones de la financiación y aportan algunas novedades que se reseñan a continuación.

a. **Administración autonómica.** Una de las aportaciones más novedosas proviene de la nueva Ley murciana, que en el artículo 37.2 establece una nueva fuente de financiación: *«En el presupuesto de cada obra pública financiada total o parcialmente por la Comunidad Autónoma y sus organismos autónomos, cuyo presupuesto de ejecución material supere los seiscientos mil euros, se incluirá una partida equivalente, al menos, al 0,5 por ciento de la aportación de la Administración Regional, destinada a financiar inversiones en materia de servicios sociales.»*

También se puede observar en las segundas leyes la preferencia por los convenios y los conciertos, como modalidades de financiación, y la voluntad de asegurar la continuidad de los mismos. En este sentido, por ejemplo, la segunda Ley valenciana pretende dar estabilidad y seguridad al sistema, mediante la previsión de la financiación plurianual tanto a los entes locales (convenios plurianuales de ejecución del Plan Concertado), como a la iniciativa privada (conciertos plurianuales a los centros), con preferencia para las entidades sin ánimo de lucro que ya fueran beneficiarias de subvenciones (art. 8, 58 y 59). En el mismo sentido la Ley asturiana establece que podrá adquirir compromisos de gasto que se extiendan a ejercicios futuros para la colaboración con la iniciativa social y entes locales (arts. 44 y 47).

b. **Administración local.** La segunda Ley de Galicia (art. 76 y 77) y la de Murcia (art. 38) siguen la pauta iniciada por la Ley Foral de Navarra con alguna variación, ya que establece que los ayuntamientos de 20.000 habitantes o menos si optan por asociarse para la creación, mantenimiento y desarrollo de servicios sociales habrán de consignar como mínimo un 4 % de sus presupuestos

28 Garantías más frecuentes: a) para establecer el monto de las aportaciones se atenderá a la capacidad económica del usuario y/o de las personas obligadas (p.e. Cataluña, Baleares, Cantabria), mediante la aplicación de baremos objetivos y garantizando al usuario una cantidad para libre disposición; b) nadie puede quedar excluido de la prestación del servicio por carecer de recursos económicos (p.e. Andalucía, Castilla y León, Cataluña, La Rioja); c) la calidad del servicio y la prioridad de atención no puede ser determinada en función de la participación de los usuarios en el coste de los servicios (p.e. Cataluña).

29 La Ley 5/1995, de 23 de marzo, de solidaridad en Castilla-La Mancha establece en el art. 31.2 que: *«los usuarios de los Centros Residenciales que no dispongan de rentas líquidas para abonar el coste efectivo de la plaza residencial pública que ocupen y sean titulares de bienes o derechos de cualquier clase, quedarán obligados a constituir las garantías adecuadas para el pago (...) del coste del servicio.»*

para dicha finalidad y si quieren desarrollarlos por si mismos la consignación mínima será del 6 %.

La Ley de Madrid de 2003 establece que para garantizar que todos los ciudadanos puedan recibir un nivel básico de prestaciones sociales incluirá en sus presupuestos créditos para la colaboración en el cumplimiento de la Atención Social Primaria, aunque sin mayores concreciones (art. 52.2). Por otra parte, también establece medidas para el fomento de la creación de mancomunidades para prestar servicios sociales, señalando que en dichos casos favorecerá la financiación (art. 52.3); asimismo, determina que si los entes locales colaboraran en planes o programas promovidos por la Comunidad aportando suelos, locales u otros medios podrá establecerse una financiación adicional (art. 52.4). Esta norma establece también que todos los municipios colaborarán en el sistema de servicios sociales, aportando, según las distintas modalidades establecidas en Derecho, solares edificios, pisos y dependencias y similares para la construcción e instalación de centros y servicios de atención social especializada, sean éstas de titularidad municipal o autonómica (art. 43.4)

La última Ley vasca concreta que las diputaciones forales, además de las consignaciones necesarias para la financiación de sus competencias, establecerá las cantidades necesarias para garantizar a los ayuntamientos o entes supramunicipales la financiación de los servicios y programas complementarios aprobados por la respectiva diputación (art. 30.2).

c. **Iniciativa privada.** Las siete leyes que analizamos siguen en buena medida la tónica de las primeras leyes y, aunque ya tenían precedentes, podemos destacar la iniciativa de La Rioja para promover que los créditos que las Cajas de Ahorro destinen a servicios sociales se adecúen a la planificación de Gobierno (art. 44).

d. **Gratuidad y copago.** La Ley de Galicia, después de pronunciarse por la gratuidad («sin perjuicio de su tendencia a la gratuidad») establece la participación de los «usuarios» en la medidas de sus posibilidades, refiriéndose a los casos de las personas que sin tener recursos corrientes, sean titulares de un patrimonio susceptible de ser afectado a los gastos derivados de su internamiento para los cuales prevé la posibilidad de establecer otras formas de financiación supervisadas por la administración (art. 79). La norma valenciana proclama como principio y como objetivo último la «universalidad» (arts. 4, d y 57) y establece para el nivel primario un carácter general y gratuito (art. 11), por lo que parece deducirse que se reserva para los especializados el sistema de selección y copago (art. 5, g), señalando explícitamente que determinados servicios deberán ser financiados con aportaciones económicas de los usuarios mediante los correspondientes precios públicos (art. 57). En sentido parecido se refieren a esta cuestión la Ley de La Rioja (art. 47) y la Ley de Asturias (art. 48). La Ley madrileña establece, como ya se ha señalado, que «Las prestaciones técnicas serán universales y gratuitas para toda la población» (art. 19.1) y para las denominadas prestaciones materiales prevé la participación del usuario en el coste o copago (art.19.3).

La Ley vasca contempla la participación de la persona usuaria en la financiación de los centros y servicios y concreta que para determinarla se tendrá en cuenta, entre otros criterios, los «ingresos o el patrimonio» de la persona usuaria y lo amplía a «las personas obligadas legalmente a prestarle asistencia», aunque establece límites a dicha participación (art. 33). También la Ley de Murcia señala que para determinar la participación se tendrán en cuenta «los ingresos y el patrimonio de la persona usuaria o, en su caso, de las personas obligadas legalmente a prestarle asistencia» y declara explícitamente como gratuitos los servicios de información, valoración y asesoramiento, de inserción social, de promoción y cooperación social, así como los servicios de reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía (arts. 39.2 y 4).

Algunas de las nuevas leyes se refieren a las modalidades de pago y, concretamente, la Ley valenciana se refiere al «Bono-Residencia para la tercera edad y discapacitados» (art. 38, e), y la Ley de Madrid se refiere al «cheque servicio, modalidad de prestación económica otorgada a personas o a familias para que con ellas atiendan al pago de centros o servicios que hayan sido indicados para responder con idoneidad a su situación» (art. 17, e).

5.2.6. El sistema de servicios sociales

Aunque se ha cuestionado que los servicios sociales autonómicos actuales sean propiamente un «sistema», debido a las imperfecciones de su funcionamiento y la debilidad de algunas relaciones y coordinaciones que presentan en la práctica,³⁰ nosotros los denominaremos así en este trabajo, ya que, las normas autonómicas, desde sus inicios, explicitaron su deseo de ser un sistema y los denominaron de esta forma (*sistema público de protección social, sistema público de servicios sociales, sistema de servicios sociales de responsabilidad pública, sistema integrado de servicios sociales, etc.*), con el fin de, según señalan algunas leyes en sus exposiciones de motivos, superar la situación anterior de heterogeneidad y dispersión orgánica y administrativa.³¹

El carácter público se concreta especialmente en la asignación de competencias a los órganos legislativos autonómicos para establecer los modelos de servicios sociales, reconocer los derechos a los ciudadanos a las prestaciones y garantizar su efectividad y determinar el régimen de infracciones y sanciones, así como en las facultades que otorgan a los Gobiernos autonómicos para establecer la coordinación general, la ordenación del sistema (tipología de servicios; condiciones de autorización y normas mínimas de los servicios; control, evaluación e inspección y aplicación del régimen de infracciones y sanciones) y la planificación

30 «... la noción de sistema, cuando se refiere a estructuras creadas por el hombre, suele reservarse para conjuntos de partes interconectados en un régimen de equilibrio y coherencia, circunstancia ésta que no observamos en el complejo de los servicios sociales realmente existentes» CASADO, D. y GUILLÉN, E. *Manual de Servicios Sociales*, Madrid: Editorial CCS (2ª Edic), 2002, p. 40.

31 Por otra parte, algunos consideran que, a pesar de las imperfecciones y debilidades señaladas, son un sistema ya que existen interrelaciones e interdependencias entre los elementos que lo conforman. VILÀ, A. *Els serveis socials. Una visió històrica*. Girona: Diputació de Girona, 2005, p. 78.

general, aunque queda muy difuminada la responsabilidad pública cuando se refiere a la garantía y correspondiente financiación de las prestaciones.

La cualificación como sistema público o de responsabilidad pública no impide que la gestión y provisión de los servicios y programas sea mixta, es decir, que sea prestada por entidades públicas y privadas, ya sean éstas con o sin ánimo de lucro, aunque se observan distintos posicionamientos ante la iniciativa privada, debido a los distintos papeles desarrollados históricamente por la sociedad civil en la creación y gestión de los servicios sociales en cada territorio y a los planteamientos políticos de los grupos que ostentaban la mayoría en las correspondientes asambleas legislativas. Las leyes distinguen entre las entidades con ánimo de lucro (iniciativa mercantil) y las que carecen de finalidad lucrativa (iniciativa social). Referente al rol gestor de dichas entidades, en algunos casos, las leyes parecen optar por una primacía del sector público, relegando a la iniciativa privada, incluso la social, a un papel secundario («...la iniciativa social, que tendrá carácter subsidiario...», Andalucía). Pero, en la mayoría de casos se otorga a la iniciativa social un papel colaborador en la prestación de servicios y la realización de actividades. Sólo la Ley catalana explicita la posibilidad de colaboración de la iniciativa mercantil. Con independencia de las posiciones de las autonómicas referentes a las posibilidades y formas de colaboración, consideramos que el sector privado, si reúne las condiciones mínimas establecidas, puede operar en el campo de los servicios sociales, ya que nuestra Constitución proclama la libertad de empresa (art. 38 CE).

Estas primeras leyes prevén formas de colaboración de estas entidades y sus servicios con el sistema de servicios sociales y exigen para su autorización el cumplimiento de requisitos y controles (condiciones mínimas, autorización administrativa, inscripción en el registro, etc.). Algunas leyes establecen la figura de entidades de interés social, utilidad regional, entidades colaboradoras, entidad asociada, etc. La mayoría de estas normas también tratan del voluntariado social, incluso en algunos casos de forma minuciosa y, asimismo, algunas se refieren de la prestación social sustitutoria y al servicio civil como posibles colaboradores del sistema.

Las nuevas leyes se refieren en términos parecidos a los sistemas de servicios sociales, aunque en unas normas se configura como un *sistema integrado de protección social* (Galicia) y en otras se refiere al *sistema de servicios sociales de responsabilidad pública* (País Vasco, Murcia) o al *sistema público de servicios sociales* (Valencia, La Rioja, Asturias, Madrid). Por otra parte, si bien los elementos que integran el sistema son los mismos (conjunto integrado de recursos, actividades, prestaciones y equipamientos) las entidades titulares no coinciden; así, la Ley del País Vasco (art. 2.1), siguiendo los planteamientos clásicos, incluye las prestaciones y servicios de titularidad pública y los privados concertados, pero en Asturias (art. 2) y Madrid (art. 7.1) solo forman parte del Sistema público los de titularidad pública o los gestionados por las Administraciones autonómica y local, respectivamente. Otra variedad la encontramos en la Ley murciana (art. 2.2) que incluye en el sistema los de titularidad pública o privada financiada total o parcialmente con fondos públicos.

Por otra parte, las nuevas leyes mantienen el carácter mixto (público-privado) de los sistemas de servicios sociales, aunque se observan cambios, especialmente relacionados con el tratamiento del sector privado, que en algunos casos se le asigna un lugar más destacado, especialmente en la prestación de los servicios. Por ejemplo, en el caso de la legislación gallega, entre los principios inspiradores, reconoce la iniciativa privada y establece el apoyo a la iniciativa social; asimismo, explicita su rol como entidad prestadora de servicios, aunque establece la posibilidad de reserva de centros y servicios a la gestión directa de las Administraciones públicas (art. 28) y señala la posibilidad de que éstas puedan concertar plazas en los centros dependientes de la iniciativa privada (art. 33).³² De esta norma también llama la atención, el detenimiento con que trata todo lo relacionado con el voluntariado social (Capítulo II). En la nueva Ley de la Rioja encontramos otro ejemplo que viene a corroborar la apertura antes aludida al sector privado, ya que en el Título IV, después de proclamar la *«libre actividad de la iniciativa privada en la prestación de Servicios Sociales, sin perjuicio de su sujeción al sistema de registro, autorización e inspección...»* (art. 38.1) regula la iniciativa social (Capítulo II) y el voluntariado (Capítulo III), explicitando el fomento público de las actividades de dichas entidades (art. 38, 2).

La segunda Ley vasca se refiere a la iniciativa privada como prestadora de servicios, estableciendo que los poderes públicos contarán con la iniciativa privada en general, si bien «a efectos subsidiarios de la iniciativa pública». En relación a la participación de la iniciativa social señala que los poderes públicos deben fomentar su participación en los servicios sociales (art. 3.1). La Ley de la Comunidad Valenciana parece poco proclive a la iniciativa privada, pues no contempla entre sus principios ninguno dedicado a la iniciativa privada, aunque sí la incluye en su ámbito de aplicación (art. 2), y, por otra parte, atribuye a la Generalitat competencias para «determinar la participación de la sociedad en la gestión de los servicios sociales» (art. 5, h) y, al tratar de la ordenación de los servicios sociales, señala que «cualquier iniciativa que redunde en beneficio de interés social habrá de canalizarse a través de la Administración competente, donde encontrará apoyo suficiente» (art. 45.1).

La última Ley de Asturias también aborda la relación con el sector privado (art. 44). Y también se observan cambios significativos en la segunda Ley madrileña, pues si la primera enfatizaba como objeto el servicio público de servicios sociales, en la segunda explicita que la Ley abarcará no solo el ámbito público, sino también la iniciativa privada.³³

³² Esta norma permite incluso la subvención de la iniciativa mercantil en determinados supuestos: «La Administración autonómica podrá subvencionar la creación, modificación equipamiento o adaptación a la normativa de acreditación de los centros de servicios sociales de las entidades locales, de las entidades de iniciativa social y de las entidades de iniciativa privada con ánimo de lucro...» art. 55.

³³ «La presente Ley tiene por objeto regular, en el ámbito territorial de la Comunidad de Madrid, y en razón de su competencia exclusiva en materia de asistencia social, las actuaciones que desarrollen las diferentes Administraciones Públicas o la iniciativa privada, en el campo de los servicios sociales» (art. 1.1).

5.2.7. Estructuración funcional y territorial

Con la excepción de la primera Ley vasca, todas las demás estructuran funcionalmente los servicios sociales en dos niveles: el primario que recibe diversas denominaciones según las Comunidades Autónomas (de Base, Básicos, Generales, Comunitarios, de Atención Primaria) y el especializado. El primario es el nivel más cercano a los ciudadanos, tiene un ámbito de actuación y gestión local, presta una atención polivalente y comunitaria. Las funciones que normalmente se le atribuyen se refieren a las prestaciones propias de este nivel (ver apartado 2.3), así como algunas relativas a la programación y la tramitación de determinadas prestaciones económicas (p.e. ayudas de urgencia).

El nivel secundario, denominado servicios sociales especializados, se dirige a la atención de colectivos con necesidades específicas, para cuya atención precisan de una mayor especialidad técnica. Este nivel se estructura por sectores o áreas de actuación: familia e infancia; tercera edad; discapacidad; mujer; atención social a toxicómanos y a presos; colectivos marginados y otros con riesgo de exclusión social. Sus funciones se centran en las prestaciones propias de este nivel que se desarrollan en diversos equipamientos de atención diurna, residencial u otros (ver apartado 2.3) y en algunos casos contemplan su colaboración en la gestión de prestaciones económicas.

Las leyes se refieren a la coordinación de ambos niveles, aunque no contemplan formas operativas de comunicación y coordinación, cuestión que se ve agravada a menudo por la ambigüedad competencial y por la diversidad de entidades proveedoras, repercutiendo negativamente en el funcionamiento del sistema.

Para la prestación de los servicios sociales de nivel primario estas leyes estructuran el territorio en áreas básicas, donde se ubican los centros que acogen los equipos técnicos de este nivel (Centros de Servicios Sociales, Centros Sociales Polivalentes, Centros de Acción Social, etc.) y en el caso de los servicios especializados se establecen áreas territoriales más amplias (grandes municipios, mancomunidades, comarcas, provincias, etc.). El establecimiento de áreas específicas de servicios sociales para la prestación de servicios y la ubicación de equipamientos dificulta la organización de proyectos transversales y la coordinación de los servicios sociales con los otros del bienestar social.

Las segundas leyes siguen la misma estructuración, incorporándose a este planteamiento el País Vasco (art. 6). En algunos casos han variado la denominación del primer nivel³⁴ e incluso se ha ampliado el contenido, incorporando por ejemplo algunos servicios residenciales de proximidad y la Ley de Madrid

³⁴ Galicia: nivel de atención primaria (servicios sociales de atención primaria) y el nivel de atención especializada (servicios sociales especializados), art. 5.2; Valencia: Servicios Sociales Generales o Comunitarios y Servicios Sociales Especializados, art. 10; La Rioja: primer nivel de atención: Servicios Sociales Generales o comunitarios y segundo nivel de atención: Servicios Sociales Especializados, art. 6; Asturias: servicios sociales generales y servicios sociales especializados, art. 9; Madrid: Atención Social Primaria y Atención Social Especializada, art. 29; Murcia: Servicios Sociales de Atención Primaria y Servicios Especializados, art. 8.

amplía el cuadro de funciones y la descripción de los dos niveles de atención; asimismo, estructura los sectores de atención en consideración a la edad:³⁵ menores, adultos y mayores (art. 20).

La utilización que se está haciendo de esta estructuración en dos niveles, de clara inspiración sanitaria y sin precedentes en las organizaciones de los servicios sociales europeos, ha sido técnicamente cuestionada, especialmente debido a la primacía que tienen en su determinación los aspectos competenciales y los relativos a la financiación sobre los criterios técnicos. Así, el nivel primario se ha asignado a las Corporaciones locales y el secundario de forma muy ambigua a los Gobiernos autonómicos, con la excepción del País Vasco. En las segundas leyes se mantiene su utilización a efectos competenciales y también para determinar los aspectos económicos. Como ejemplo, la Ley valenciana la emplea para establecer el carácter gratuito o de copago de los servicios. Consideramos que esta sumisión de los criterios técnicos a los burocráticos, provoca graves distorsiones, como por ejemplo que los centros de día, de indudable naturaleza técnica primaria, al ser complejos y caros se consideren de nivel secundario.

La segunda Ley de Asturias aporta una decisión novedosa y contundente para intentar solucionar los problemas derivados de las distintas divisiones territoriales y facilitar la coordinación sociosanitaria y posibilitar el establecimiento de programas comunes: «las áreas de servicios sociales coincidirán con las establecidas en el Mapa sanitario de Asturias» (art. 14.2).

Algunas de las nuevas leyes definen las unidades territoriales y señalan sus características (habitantes, servicios, equipamientos, organización, etc.) como p.e. la Ley de Asturias citada (art. 14-18) y, en algún caso, incluso se detallan las dotaciones mínimas de profesionales, como la Ley de La Rioja que establece que en las zonas de servicios sociales deberá haber un trabajador social por cada 5.000 habitantes (art. 15).

5.2.8. Distribución de competencias

La distribución autonómica de competencias viene condicionada, en primer lugar, por el carácter uniprovincial o pluriprovincial de cada Comunidad, ya que en el primer caso las Diputaciones se fundieron con la Comunidad y quedaron como entes básicos de la distribución competencial la Comunidad Autónoma y los ayuntamientos. En cambio, en las pluriprovinciales son al menos tres los niveles que intervienen, ya que a los dos citados debe añadirse el provincial y las correspondientes competencias de las Diputaciones.

Aunque todas las primeras leyes autonómicas proclaman como principio la descentralización, se aprecia en su contenido una fuerte tendencia centralista, asignando importantes competencias a los gobiernos autonómicos y, aunque atribuye competencias a las Corporaciones locales, la mayoría se centran en la ejecución. La ambigüedad e indeterminación con que generalmente se formula

35 La estructuración de la atención por sectores de la edad se sigue en Inglaterra desde hace años.

la distribución de competencias produce, de una parte, la indeterminación de las responsabilidades públicas y, por otra, puede permitir un ejercicio discrecional o abusivo de algunas funciones. El País Vasco constituye la excepción a la tendencia centralista autonómica, como resultado de la aplicación de la llamada Ley de Territorios Históricos reguladora del entramado institucional vasco, tanto en sus aspectos organizativos como en los financieros.

Estas normas otorgan a los ayuntamientos competencias gestoras del nivel primario y otras relacionadas con la planificación y coordinación de servicios, como la detección y análisis de las necesidades, realización de estudios y la programación, y la coordinación de las acciones, así como la tramitación de determinadas prestaciones económicas y otras de fomento de la participación de la iniciativa social y el voluntariado. El minifundismo municipal español dificulta la atribución de competencias a entes locales con dimensiones idóneas para la prestación de servicios sociales, por ello, las leyes se refieren también a las entidades locales intermedias, como las derivadas del hecho insular (Consejos insulares, Islas Baleares; Cabildos, Canarias), de la comarcalización (Cataluña, Aragón, Galicia) y las mancomunidades. Las competencias atribuidas a las diputaciones provinciales por las primeras leyes en general son escasas y se centran en las mínimas establecidas por la Ley de Bases del Régimen Local, aun cuando muchas de ellas disponían de recursos y experiencia en la dirección y gestión de servicios procedentes de la beneficencia.

Las segundas leyes reiteran el núcleo central de las competencias de los gobiernos de las Comunidades Autónomas, aunque con mayor detalle. En general, además de competencias habituales reglamentarias, señalan las correspondientes a la planificación general –que incluye los estudios de necesidades y problemáticas, elaboración de información estadística, etc.–, la ordenación y coordinación del sistema (condiciones mínimas, autorización, registro, evaluación e inspección, régimen de infracciones y sanciones), fomento de la iniciativa social y el voluntariado, establecimiento y gestión de prestaciones económicas, subvenciones y convenios, asesoramiento y asistencia técnica a las entidades prestadoras de servicios, etc. En algunos casos las nuevas leyes señalan las competencias en el ámbito de la protección y tutela de menores (p.e. Galicia, art.26.8, Madrid, art. 44, h; Murcia, art.22; o Valencia, art. 19).

Todas las nuevas leyes establecen, aunque de forma poco clara, competencias gestoras a los Gobiernos autonómicos: «creación, y gestión de equipamientos y programas que por su naturaleza, ámbito u otras circunstancias concurrentes asuma la Administración autonómica» (Galicia, art. 26. 7); «de sus centros y servicios» (La Rioja, art. 30.2), «crear mantener y gestionar aquellos servicios, centros... que la presente ley le encomienda» (Valencia, art. 5, k); «creación, mantenimiento, dirección y gestión de los servicios, recursos y programas de su titularidad» (Asturias, art. 6, d); «el establecimiento de centros y servicios de titularidad autonómica para la dispensación de la Atención Social especializada prevista...»³⁶ (Madrid, art. 44, e); «la creación, suspensión, modifica-

ción, cierre, ceses o traslado de centros y servicios sociales especializados de responsabilidad pública» (Murcia, art. 22, c). En general, pues, esta importante función se establece en términos muy ambiguos que dificultan la determinación de las competencias y de las correspondientes responsabilidades públicas. Algunas de estas leyes que comentamos detallan, además, las competencias de las Consejerías responsables en materia de servicios sociales (p.e. Madrid, art. 45; Murcia, art. 22).

Estas normas reiteran las competencias de los ayuntamientos referentes a la creación y gestión de los servicios sociales de atención primaria y las demás señaladas. En relación a la creación y gestión de los servicios sociales especializados, en general todas lo contemplan, aunque con distinta intensidad y gran ambigüedad: la Ley de Galicia se refiere a que los usuarios sean preferentemente en el respectivo municipio (art. 21, b); «la titularidad y gestión de aquellos Servicios Sociales especializados que le corresponda por razón de su competencia territorial (Valencia, art. 6, f); «... podrán prestar servicios sociales de segundo nivel de conformidad con la planificación general del Gobierno...» (La Rioja, art. 31, c); «gestión de los equipamientos para la Atención Social Especializada de titularidad municipal, así como de aquellos del mismo nivel y de titularidad autonómica que se acuerden, en función del principio de territorialidad y subsidiariedad»³⁷ (Madrid, art. 46.1, f); «la creación y mantenimiento de servicios sociales especializados» (Murcia, art. 24, b). En cambio, Asturias no asigna a la Administración local ninguna competencia relacionada con los servicios sociales especializados.

Estas segundas leyes también se refieren a las posibles competencias de las Corporaciones locales intermedias; así, la Ley de Galicia señala explícitamente que las competencias de los ayuntamientos podrán ejercerse de forma asociada «de modo que alcance una mayor eficacia y rentabilidad social de los recursos disponibles» (art. 22.2), la Ley valenciana se refiere de forma conjunta a las competencias de «las entidades locales municipales, comarcas y entidades supramunicipales» (art. 6.1), la Ley de La Rioja asigna las competencias «a los Municipios y a la Entidades Locales de ámbito inferior y superior al municipal» (art. 31.1); la norma Asturiana se refiere a la Administración local en general (art. 7) y la de Madrid establece las competencias para los municipios «por sí solos o asociados en mancomunidades...» (art. 46.1).

En las normas de las dos Comunidades Autónomas pluriprovinciales siguen con la tendencia de asignar a las diputaciones provinciales las competencias mínimas señaladas. En todo caso, cabe destacar en el caso de Galicia que recoge la competencia para «la creación y gestión de servicios sociales especializados de ámbito supramunicipal, o en su caso comarcal» y la promoción y colaboración en la financiación de los equipamientos y programas de éste nivel de las entidades de iniciativa social (arts. 22, 3 y 6).

La segunda Ley vasca sigue el modelo descentralizado de la primera, que

³⁶ Esta competencia la atribuye a la Consejería competente en materia de servicios sociales.

³⁷ El principio de subsidiariedad a pesar de estar muy presente en los debates sobre servicios sociales merece poca atención en las leyes.

en muchos aspectos profundiza. Esta norma asigna al Gobierno las competencias tradicionales ya señaladas con carácter general, pero ajustando su intervención a determinadas finalidades, o bien limitándola a las actividades vinculadas a la «acción directa del Gobierno». Entre las primeras, con el fin de evitar desequilibrios territoriales y garantizar niveles mínimos de protección, atribuye al Gobierno la «planificación general», que deberá realizarla «en coordinación con las Diputaciones forales y los ayuntamientos» (art. 10.1) y, asimismo, para garantizar una política homogénea de servicios sociales debe realizar la coordinación «tanto de los diversos órganos de las Administraciones competentes en la materia como de la iniciativa privada concertada» (art. 10.2). Por otra parte, establece que el Gobierno solo podrá crear, mantener y gestionar programas, centros o servicios declarados de «acción directa»³⁸ (art. 10, 4) y sus competencias de inspección de las entidades (art. 10.5), así como el ejercicio de la potestad sancionadora y la creación y mantenimiento del registro,³⁹ se limitan también a las referentes a dicho tipo de acciones (art. 10.7).

A diferencia de la tendencia general de las otras leyes que atribuyen escasas competencias a las diputaciones provinciales, la norma vasca atribuye un alto grado de competencias a las diputaciones forales, suficientes para el diseño de políticas propias y autónomas, si bien, como ya se ha indicado, sujetas a la planificación y coordinación general establecida por el Gobierno. En concreto, le otorga competencias referentes a: la reglamentación de la organización de sus propios servicios; la programación de los servicios sociales en su ámbito territorial (de acuerdo con la planificación general y la programación prevista por los ayuntamientos); la creación, mantenimiento y gestión de los servicios sociales no atribuida al Gobierno o a los ayuntamientos; la inspección y control de programas, centros y servicios de su titularidad, de los municipales que reciban aportaciones económicas forales y de los privados radicados en su territorio; la autorización y homologación de los servicios y centros privados; la creación y mantenimiento del Registro Foral de Servicios Sociales y el ejercicio de la potestad sancionadora en el ámbito de su competencia, además de otras funciones ya señaladas con carácter general: estudios y estadísticas, asistencia técnica y asesoramiento a las entidades sociales y las privadas concertadas, promoción de la participación individual y social y fomento de servicios sociales mancomunados.

También es notable el avance en la determinación y sistematización de las competencias de los ayuntamientos vascos que establece esta Ley que comentamos, en los artículos 12 y 13. En primer lugar, establece los «servicios sociales de base» –que no se contemplaban en la primera ley– disponiendo que to-

38 La Ley del País Vasco de 1996 define la acción directa, como «la competencia de ejecución respecto a aquellos programas, centros o servicios que por su interés general y por sus específicas condiciones económicas y sociales tengan que ser prestados con carácter unitario en todo el territorio vasco» (art. 9.2), y exige para su establecimiento una declaración expresa, mediante decreto de Gobierno, previo informe favorable del Consejo Vasco de Bienestar Social.

39 Aunque en el Registro General se «realizará la anotación y agregación, a efectos informativos, de las inscripciones que realicen los respectivos Registros forales» (art. 10.7).

dos los ayuntamientos, por sí o asociados, deberán prestar los servicios sociales de base y que los que tengan una población superior a 20.000 habitantes deberán además disponer de servicios para urgencias para atender situaciones críticas, y centros que favorezcan la convivencia social y la solidaridad (art. 12). También las facultades que les otorga esta norma son muy superiores a las atribuidas a los ayuntamientos por las demás leyes autonómicas, especialmente las referidas a la inspección y control y al ejercicio de la potestad sancionadora de los servicios sociales de su competencia.

Consideramos que esta segunda Ley vasca, además de distribuir las competencias de forma descentralizada, la efectúa de una forma clara y sencilla: las funciones del nivel primario corresponde a los ayuntamientos y las del nivel especializado a las diputaciones forales, con la excepción de los programas, centros o servicios declarados de acción directa, cuya creación y gestión corresponde al Gobierno.

5.2.9. Participación

Todas las primeras leyes de servicios sociales establecen formas de participación mediante el establecimiento de órganos de naturaleza consultiva y asesora, con la salvedad de Castilla y León que, además de otorgar amplias funciones al Consejo Regional, prevé la creación de Consejos Sociales rurales y de barrio con competencias que extiende a la gestión de programas de acción social (art. 23.2).

La participación suele estructurarse en tres niveles (autonómico, local y de centro/servicio). Todas estas normas establecen Consejos Generales autonómicos, en los que participan generalmente representantes de la administración (autonómica y local), de las entidades sociales (representantes de asociaciones de afectados; entidades de iniciativa social que operan en el ámbito; sindicatos y organizaciones empresariales; y de los profesionales). Entre sus funciones, aunque varían en las distintas normas, las más frecuentes son: emitir informe relativo a la normativa y la planificación autonómica; conocimiento y estudio de los presupuestos; coordinación y seguimiento de las actuaciones; elaboración de estudios y dictámenes técnicos; presentación y estudio de propuestas de mejora; recibir determinada información; elaboración de memorias anuales; etc. Con frecuencia dependen de este Consejo comisiones de carácter sectorial relativos a familia e infancia, vejez, discapacidad, etc. (p.e. Asturias, Cataluña, Canarias, etc.). Estos consejos se concretaron mediante normas reglamentarias, algunas de las cuales ampliaron las instituciones representadas.

A nivel local estas leyes iniciales también preveían consejos de participación (municipal, de barrio, comarcal, provincial), con carácter obligatorio o voluntario, especialmente si la población no supera los 20.000 habitantes. En cuanto a los centros de servicios sociales, sólo los recogían algunas leyes (Murcia, Cataluña, Castilla y León, etc.) y en algunos casos eran obligatorios, especialmente si recibían financiación pública. En estos consejos se establecía la participación de los representantes del centro, de los usuarios y, en su caso, de sus

representantes legales, de los profesionales y de la Administración.

Las segundas leyes que comentamos, aunque no varían la naturaleza consultiva y asesora de las formas de participación, se aprecia una ampliación de funciones y representantes, así como un mayor detalle en su regulación. En el caso del Consejo Gallego de Servicios Sociales, señala que deberá conocer la gestión de los servicios sociales, realizar el seguimiento estadístico de los procesos de concesión de la renta de integración social y de las medidas de fomento de empleo y la evaluación global de los resultados de los programas de inserción social (art. 40, d, f y g); asimismo, prevé la creación de Consejos provinciales de Servicios Sociales y también en el ámbito territorial de los municipios y mancomunidades. El Consejo Vasco de Bienestar Social, además de la competencia para informar, parece que de forma vinculante, las declaraciones de «acción directa», la ley amplía las facultades anteriores, obligando al Gobierno a facilitarle información relativa a programas presupuestarios antes de su aprobación, seguimiento y evaluación del cumplimiento de planes de actuación, de las sanciones impuestas, de la subvenciones y ayudas concedidas a las entidades privadas (art. 17.3); además prevé, pero con carácter facultativo, la creación de Consejos Territoriales y de Consejos Municipales de Bienestar Social (arts. 18 y 19). La Ley valenciana 5/1997 dedica un capítulo a regular «la participación e iniciativa social y del voluntariado», que es mucho más explícita que la anterior en la regulación del Consejo Valenciano de Bienestar Social, determinando detalladamente las funciones, los medios, la composición y las atribuciones de los miembros (arts. 40 a 44), entre las cuales cabe destacar la facultad que le atribuye la Ley para formular la propuesta de anteproyecto de su presupuesto (art. 42.2). Las nuevas leyes de La Rioja (arts. 34 a 37) y de Asturias (arts. 36 a 38) atribuyen al Consejo Riojano de Servicios Sociales y al Consejo Asesor de Bienestar Social del Principado de Asturias, respectivamente, las funciones tradicionales y establecen con carácter voluntario la creación de consejos locales.

La composición de los consejos generales varía en las distintas leyes, algunas de ellas detallan en número de representantes y los colectivos y entidades que los integran (Valencia, art.43; Asturias, art. 38.2) y, en cambio, otras los tratan en términos muy generales (p.e. Murcia, art. 38.1). Todas las normas incluyen una amplia participación de las Administraciones públicas autonómicas y locales, aunque algunas señalan límites; así, la Ley vasca opta por la paridad entre los representantes de las Administraciones públicas y los de las demás entidades (art. 16.2), y la de Madrid establece un porcentaje del 60 % del total de los miembros del consejo para los representantes de los ciudadanos (art. 38.3).

En cuanto a los participantes que no provienen de las Administraciones públicas, se observan algunas diferencias significativas. Un grupo de participantes lo componen las asociaciones y federaciones, ya sean de carácter representativo de los distintos sectores que actúan en servicios sociales (p.e. Asturias, art. 35, 2), de los usuarios (Galicia, art.40, c, 3; País Vasco, art. 16.1; Valencia, 43.1) o de los consejos o foros sectoriales (Madrid, art. 38.3). La participación de las entidades privadas en algunos casos se refiere a las colaboradoras en la prestación de servicios y

algunas la limitan a la iniciativa social (p.e. Valencia, art. 43.1; La Rioja, art. 34; Asturias, art., 35.2,c) y otras la amplían a todo el sector privado (p.e. Galicia: las entidades que colaboren en la prestación de servicios, art. 40; Madrid: entidades colaboradoras y otras prestadoras de servicios sociales, art. 38.3). La inclusión en dichos órganos participativos de las entidades prestadoras de servicios ha sido polémica, ya que sus intereses pueden colisionar con los de las organizaciones representativas, aunque no debe olvidarse que en muchos casos en una misma entidad coinciden ambas funciones (representativa y prestadora de servicios).

Tampoco se aprecia unanimidad en la participación de los llamados agentes sociales, es decir las organizaciones sindicales y empresariales. Algunas leyes incluyen explícitamente a ambos colectivos (Galicia, art. 40; La Rioja, art. 34.1; Asturias, art. 35, 2, c), alguna otra se refiere en términos generales a los agentes económicos y sociales (Madrid, art. 38.3) y otras incluyen únicamente a las organizaciones sindicales (País Vasco, art. 16.1; Valencia, art. 43.1). Por otra parte, algunas leyes incluyen representantes de otras entidades de carácter general, como las vecinales (Galicia, art. 40; Valencia, 43.1), del voluntariado (País Vasco, art. 16.1) o de las organizaciones no gubernamentales con mayor implantación en la comunidad y de las asociaciones de familias (Valencia, art. 43.1).

Otro grupo representado son los profesionales (Galicia: colegios profesionales, art. 40,3,f; País Vasco: de los profesionales que trabajan en el campo de los servicios sociales, art. 16.1; Valencia: representantes de sectores profesionales, art. 43.1; La Rioja: colegios profesionales relacionados directamente con los servicios sociales, art. 34.1; Madrid: de los Colegios profesionales, art. 38,3) y en algunos casos las universidades (Valencia, art. 43; Asturias, art. 35.2,c).

Por otra parte, algunas de estas leyes establecen explícitamente la posibilidad de crear consejos sectoriales (La Rioja, art. 34.3; Asturias, art. 38; Murcia, art. 29), foros sectoriales (Madrid, art. 40) o de poder funcionar mediante comisiones especializadas (Valencia, art. 44.1). Asimismo, algunas normas prevén la participación a nivel de centros y servicios, en algunos casos para los concertados (País Vasco, art. 20), en otros casos para los centros colaboradores o que reciban financiación pública (Madrid, art. 41) o simplemente señalan que se fomentará dicha participación (La Rioja, art. 37).

5.2.10. La dependencia⁴⁰

La primera serie de leyes de servicios sociales autonómicas no incluían de forma explícita la dependencia;⁴¹ sólo se referían, al tratar de los ámbitos de ac-

⁴⁰ Para ampliar ver VILÀ, A. Estructuras institucionales de la protección a la dependencia en España. En CASADO, D. (dir.) *Respuestas a la dependencia*. Madrid: Editorial CCS, 2004, pp. 149-156. VILÀ, A. Presente y futuro de la regulación de la protección social a la dependencia en España. *La protección social de la dependencia en España*, Documentación Social, 141 (2006). VILÀ, A. Normativa de protección de las situaciones de dependencia: antecedentes, situación actual y perspectivas de futuro. *Servicios Sociales y Política Social*, 73 (2006), pp. 31-56.

⁴¹ Sobre el concepto y clases de dependencia ver CASADO, D. *La dependencia funcional y sus abordajes*. En CASADO, D. (dir.) *Respuestas a la dependencia*. O.c., pp. 17-23.

tuación, a las personas con discapacidad y a los mayores. Entre las segundas leyes, algunas no se refieren a la dependencia ni a las posibles respuestas socio-sanitarias⁴² (La Rioja, Murcia), otras lo hacen de forma tácita y circunscrita a los aspectos organizativos sociosanitarios. Así, la Ley gallega establece entre los principios que «se procurará asimismo la coordinación con los servicios sanitarios...» (art. 25), la Ley vasca establece que el sistema de servicios sociales «actuará especialmente coordinado con los sanitarios en aras de procurar la delimitación y desarrollo del espacio sociosanitario» (art. 2.2) y la Ley valenciana establece como uno de los principios «la coordinación [...] de los aspectos sociales de los sistemas sanitarios...» (art. 1, b), y al tratar de los servicios especializados para las personas con discapacidad establece que «fomentará un área de servicios sociosanitarios...» (art. 21,3), prestando especial atención a los enfermos mentales (art. 21,5).

Sin embargo, son las leyes de Asturias y Madrid de 2003 las que abordan dicha situación de forma directa y amplia.⁴³ La Ley asturiana de servicios sociales establece que corresponde al sistema de servicios sociales «prestar apoyo a personas o grupos en situación de dependencia» (art. 3, d) y, por ello, entre las funciones de los servicios sociales especializados señala que le corresponde «evaluar y diagnosticar situaciones [...] de dependencia» (art. 13.1, b, e y g) y, asimismo, establece un conjunto de medidas de apoyo a las personas en situación de dependencia y sus familias que «[...] consistirán en el conjunto de actuaciones, recursos y medidas que tengan por fin dar una respuesta adecuada a sus necesidades y los correspondientes apoyos a sus familias cuidadoras» (art. 27).

Por su parte, la Ley de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid incluye entre sus finalidades «la [...] compensación del déficit de apoyo social, centrandose su interés en los factores de la vulnerabilidad y dependencia que, por causas naturales o sobrevenidas, se puedan producir en cada etapa de la vida y traducirse en problemas personales» (art. 2.1) y, para ello, dedica el Título VI a la dependencia. En este título establece el concepto (art. 62) y la finalidad de la atención social a la dependencia, concreta las prestaciones del sistema –priorizando las que favorecen el mantenimiento en el medio habitual– y establece la elaboración de un Plan de atención social a la dependencia. También regula las cuestiones relacionadas con la financiación, la evaluación de necesidades, la libertad de elección, los cuidadores informales y medidas a favor de los cuidadores.

Sin embargo, del análisis riguroso de estas dos últimas leyes parece desprenderse que sus aportaciones son más bien escasas ya que, como señala Demetrio Casado,⁴⁴ las prestaciones que establecen en el ámbito de la dependen-

42 Sobre el espacio sociosanitario ver VILÀ, A. Estructuras institucionales de la protección a la dependencia en España. En CASADO, D. (dir.) Respuestas a la dependencia. O.c., pp. 153-156.

43 Ya se ha citado la Ley de Cantabria 6/2001, de 20 de noviembre, de Protección a las Personas Dependientes que, a pesar de su denominación, en realidad se trata de un complemento de la norma reguladora de la acción social de dicha Comunidad Autónoma.

44 CASADO, D. La dependencia funcional y sus abordajes. En CASADO, D. (dir.) Respuestas a la dependencia. O.c., pp. 34-35.

cia no suponen innovaciones en el sistema, ya que no difieren substancialmente de las tradicionales de servicios sociales y, por otra parte, como ya se ha comentado, tampoco garantizan ninguna de dichas prestaciones ya que, a pesar de que la Ley asturiana establece el derecho subjetivo, como ya se ha señalado, todavía se halla pendiente de desarrollo y en el caso de Madrid las prestaciones más costosas, las clasificadas de materiales, podrán someterse como hasta ahora a condiciones.

5.3. CONCLUSIONES

El derecho a los servicios sociales. A pesar de las referencias que efectúan algunas segundas leyes al derecho a los servicios sociales, en la práctica se ha avanzado poco. La Ley asturiana que se refiere directamente al derecho subjetivo no se ha desarrollado.

Los principios rectores. Se mantienen en las segundas leyes los principios tradicionales y se observa la introducción de nuevos principios dirigidos a enfatizar el protagonismo de la persona y la atención personalizada, garantizar la continuidad asistencial, la mayor participación de la iniciativa privada en el sistema y una apuesta por la calidad y la eficiencia de los servicios. Persiste la necesidad de clarificar el principio de universalidad y de concretar medidas que garanticen el derecho constitucional de igualdad.

Las prestaciones. Se aprecian algunos cambios que modifican la clásica división en prestaciones técnicas o servicios y las prestaciones económicas que recogían las primeras leyes. Algunas de las nuevas, con el objetivo de determinar su alcance (universal o no) y participación en la financiación (gratuidad o copago), establecen tres tipos: las económicas, las técnicas, que corresponderían a los actos profesionales, y las materiales o en especie, que son aquellas cuyo contenido técnico o económico es sustituido en todo o parte por su equivalente. Por otra parte, persisten todavía en algunas normas las confusiones entre el contenido prestacional de los servicios sociales y los entres que los gestionan, atribuyéndoles en algunos la administración de prestaciones que no corresponden propiamente a la rama de los servicios sociales.

También se va introduciendo, a efectos de determinar la efectividad de los derechos, el concepto de prestaciones mínimas, básicas o fundamentales; en este último caso se relaciona con un «catálogo de servicios» y con los derechos subjetivos.

Los derechos y deberes de los usuarios. Las aportaciones de las segundas leyes son importantes, ya que todas ellas, excepto una, incorporan a sus textos los derechos y deberes de los usuarios de servicios sociales y lo hacen ampliando y concretando las listas actuales, atribuyendo un papel más activo a los usuarios en la toma de decisiones y con algunas incorporaciones novedosas, como el derecho a un profesional de referencia.

La financiación. Continúa siendo una de las grandes debilidades de los sistemas autonómicos de servicios sociales y el principal problema para conse-

guir la efectividad de los derechos. La insuficiencia financiera sigue tratándose de paliar mediante la técnica de porcentajes mínimos, ya sea con carácter obligatorio o como medida de fomento, tanto para los gobiernos autonómicos como los locales y con otras aportaciones públicas obligatorias para la construcción de nuevos centros. También son notables las referencias a las colaboraciones con la iniciativa privada y la apelación a las aportaciones de los usuarios, especialmente para el copago de los servicios especializados y algunos del nivel primario, como la atención domiciliaria, en función de sus ingresos y de su patrimonio; asimismo, en algunos casos se refieren a las modalidades de pago: el bono y el cheque servicio. Alguna de las nuevas normas extiende, en determinados casos, la obligación a los familiares.

Las nuevas leyes también muestran su preocupación por la seguridad y estabilidad de la financiación, estableciendo para ello fórmulas de financiación plurianual. Finalmente, una ley crea nuevas fuentes de financiación pública, mediante la aportación a servicios sociales de un porcentaje de las obras públicas autonómicas.

El sistema de servicios sociales. Todas las segundas leyes establecen medidas para estructurar y consolidar un verdadero sistema de servicios sociales, que conceptúan como públicos o de responsabilidad pública, para lo cual atribuyen importantes competencias, especialmente a los Gobiernos autonómicos, aunque sin determinar la responsabilidad a efectos de garantía y financiación de las prestaciones. Los enfoques en cuanto al contenido y las entidades participantes en dichos sistemas son dispares en las nuevas leyes, para uno solo lo integran los servicios de titularidad pública, para otros los públicos y los concertados y finalmente en algún caso, además de los públicos, todos los privados que reciban financiación pública.

La estructuración funcional y territorial. Las nuevas leyes mantienen la estructuración en dos niveles (primario y especializado), a pesar de que desde ámbitos técnicos empieza a ser cuestionada, debido a la primacía que tienen en su determinación los aspectos competenciales y los relativos a la financiación sobre los criterios técnicos y a las disfunciones que generan. En algunos casos cambian de denominación y amplían su contenido. También se concretan más las demarcaciones territoriales y sus características y en un caso, con el fin de facilitar la coordinación y el establecimiento de programas sociosanitarios, los servicios sociales adoptan la división sanitaria.

La distribución competencial. Persiste en las nuevas leyes la tendencia centralista, con la excepción vasca, cuya segunda Ley acentúa los planteamientos descentralizados. También subsiste la ambigüedad en la distribución de las funciones, que genera una indeterminación de las responsabilidades públicas y permite que pueda producirse, en algunos casos, un ejercicio discrecional de algunas funciones. Por otra parte, continúan asignándose competencias a las Corporaciones locales principalmente en gestión del nivel primario.

La participación. Se mantiene el carácter básicamente consultivo y asesor de los consejos, en los que la participación se estructura básicamente con criterios representativos. También se aprecia una ampliación de las competencias y del número y tipo de representantes sociales; en algunas normas incluso

se pone límites a la representación pública. En varios casos, de los consejos generales de nivel autonómico dependen consejos sectoriales y también prevén consejos locales; asimismo, en algunas de las normativas se establece que en determinados centros y servicios –los públicos y los privados concertados o con financiación pública– deben establecerse formas de participación.

La dependencia. Las últimas leyes se refieren a la atención social de la dependencia y/o a las respuestas sociosanitarias. Especialmente dos leyes se refieren ampliamente a la dependencia, regulando las prestaciones y otros aspectos. Sin embargo, no parece que dichas aportaciones tengan un carácter innovador, ya que no difieren de las incluidas normalmente en las leyes con carácter general, ni ha supuesto en la práctica un aumento de la efectividad del derecho de acceso a dichas prestaciones.

6. IMPACTO DE LA LEY DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA EN LOS SERVICIOS SOCIALES DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

Encarna Guillén

Catedrática. Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales
Universidad Complutense de Madrid

Antoni Vilà

Profesor. Departamento de Pedagogía
Universitat de Girona

6.1. PRESENTACIÓN

En el capítulo anterior se ha analizado la legislación autonómica de servicios sociales con el fin de establecer el perfil general que ofrecen las primeras leyes e identificar y valorar los cambios que han supuesto la aprobación de las segundas. Para ello, se seleccionaron nueve elementos constitutivos de los servicios sociales, añadiéndole un elemento final para poder considerar con mayor detalle la regulación de las situaciones de dependencia. Este planteamiento nos permite enlazar ambos trabajos, ya que, de una parte, conocemos el alcance de los servicios sociales para este colectivo y, por otra, la utilización de los mismos elementos facilita el análisis y estudio del impacto de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (LPAPAPD).

El objeto de este trabajo no es, pues, la elaboración de un estudio sistemático de la LPAPAPD, sino que simplemente pretende efectuar una primera prospección sobre las posibles consecuencias que pueda tener su aprobación en los servicios sociales autonómicos, mediante el análisis de las principales disposiciones de la norma y valorando los posibles efectos directos y colaterales sobre dichos sistemas. Para ello, se abordan, en primer lugar, las posibles consecuencias que los planteamientos generales de la mencionada Ley puedan tener en la legislación autonómica de servicios sociales y, en segundo lugar, se tratan las repercusiones de dicha norma en los distintos elementos configuradores de los servicios sociales. De entrada, debemos advertir que las consecuencias no serán idénticas en cada uno de los citados sistemas de servicios sociales, por

ello, nos limitaremos a señalar las principales consecuencias que nos permitan extraer las características comunes que comparten, sin perjuicio de referirnos en algún momento a las repercusiones particularidades que pueda presentar en casos específicos.

6.2. ASPECTOS GENERALES

En primer lugar, debemos recordar que en España no existe una norma básica estatal que establezca unas prestaciones mínimas de servicios sociales y que han sido las Comunidades Autónomas las que han establecido los modelos, mediante la aprobación de leyes de servicios sociales.¹ Por otra parte, las primeras de estas leyes no se referían explícitamente a las situaciones de dependencia, es a partir de las segundas cuando se observa una creciente preocupación por las personas que se hallan en dicha situación y sus familias, aunque mayoritariamente lo hacen desde un punto de vista organizativo, mediante el establecimiento de medidas de coordinación sociosanitaria. Son las segundas leyes de Asturias y Madrid² las que tratan directamente de las prestaciones y otras cuestiones relacionadas directamente con la dependencia; asimismo, la Comunidad cántabra aprobó la Ley 6/2002, de 20 de noviembre, de Protección a las Personas Dependientes, aunque, a pesar de su denominación, pretende básicamente completar la normativa de acción social.

Entre las justificaciones básicas de la LPAPAPD, el apartado 2 de su preámbulo señala la necesidad de garantizar recursos y servicios estables a las personas y a las Comunidades Autónomas («la necesidad de garantizar a los ciudadanos, y a las propias Comunidades Autónomas, un marco estable de recursos y servicios para la atención a la dependencia y su progresiva importancia lleva a hora al Estado a intervenir...»), configurando sus prestaciones «como una nueva modalidad de protección social...».

Por otro lado, deja claro que se refiere al ámbito de los servicios sociales: «se trata ahora de configurar un nuevo desarrollo de los servicios sociales del país que amplíe y complemente la acción protectora...» y «...hacer efectivo un sistema de servicios sociales de calidad, garantista y plenamente universales. En este sentido, el Sistema de Atención de la Dependencia es uno de los instrumentos fundamentales para mejorar la situación de los servicios sociales en nuestro país». Consideramos que es así, aunque esta Ley se refiera en el preámbulo a «un modelo de atención integral al ciudadano» y que en su texto señale que el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) «contemplará medidas en todas las áreas que afectan a las personas en situa-

1 Sobre las razones que han posibilitado esta situación ver: VILÀ, A. Normativa de protección de las situaciones de dependencia: antecedentes, situación actual y perspectivas de futuro. En *Servicios Sociales y Política Social*, Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social, Madrid, n. 73, p. 40 y ss.

2 Asturias: Ley 1/2003, de 24 de febrero, de servicios sociales; Madrid: Ley 11/2003, de 27 de marzo, de Servicios Sociales.

ción de dependencia» (art. 1.2). Tampoco son óbice a esta consideración las escasas alusiones a la colaboración de los servicios sociales y sanitarios (art. 3.1.I), o que el redactado final haya incluido un par de referencias al «enfoque biopsicosocial» (arts. 24.1 y 25.1), ya que el contenido de la Ley regula fundamentalmente servicios sociales.

Para hacer efectivos los derechos que establece crea, pues, el SAAD en el que participan todas las administraciones públicas («con la colaboración y participación de todas las administraciones públicas») y cuya finalidad principal, según señala dicho preámbulo, es garantizar unas condiciones básicas y el establecimiento de un derecho subjetivo («garantía de las condiciones básicas y la previsión de los niveles de protección... De este modo, configura un derecho subjetivo que se fundamenta en los principios de universalidad, equidad y accesibilidad,...»). Este sistema se conforma como una red de utilización pública que comprende centros y servicios (art. 6.2), cuyas prestaciones se integraran en las redes de servicios sociales de las Comunidades Autónomas (arts. 3.o y 6.3).

Uno de los aspectos polémicos en la tramitación de la Ley fue el relativo al título competencial del Estado para establecerla, ya que, como hemos visto, se refiere básicamente a la materia de los servicios sociales, en la cual todas las Comunidades Autónomas, en virtud de las posibilidades constitucionales, han asumido en sus Estatutos de Autonomía competencias exclusivas –excepto la correspondiente a los servicios sociales de la Seguridad Social que tienen carácter compartido– y han aprobado las leyes de servicios sociales y/o de acción social, que crearon los sistemas autonómicos de servicios sociales.

Entre los posibles títulos competenciales que posibilitaban al Estado regular esta materia, la norma que comentamos opta por la vía del artículo 149.1.1^a CE que le concede competencia exclusiva para regular las «condiciones básicas» que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos y el cumplimiento de los deberes constitucionales. Otra alternativa posible, preferida por varios expertos y entidades, era la que tomaba como base la competencias exclusivas que le confiere el del 149.9.17^a CE para establecer la «legislación básica» y «el régimen económico» de la seguridad social,³ ya fuere en la modalidad contributiva y/o no contributiva. Incluso, seguramente, también hubiera sido posible una doble fundamentación, la del 149, 1^a y 17^a CE.

El preámbulo de la Ley pretende justificar la alternativa elegida, que considera es respetuosa con las competencias autonómicas. Sin embargo, este aspecto fue polémico por las razones señaladas y motivó parte de los debates en el proceso de tramitación de la Ley⁴. Pero, aunque la intervención estatal en es-

3 También se trató de esta alternativa en los debates, por ejemplo en la sesión final del Congreso de los Diputados Olabarría Muñoz, del Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV), señaló: «Ustedes tenían que haber tenido el coraje de haber identificado este derecho como un derecho de Seguridad Social, tal como lo mandan los artículos 41 y 50 de la Constitución, el artículo 15 del Tratado de Amsterdam y en la propuesta constituyente europea, artículo 213.2...». Diario de Sesiones del Congreso de los Diputados, n. 219, de 30 de noviembre de 2006, pág. 11127.

4 Ver los debates finales de la sesión plenaria del Congreso de los Diputados, Diario de Sesiones, núm. 219, O.c., pp. 11121-11137.

ta materia pudiera estar justificada, persiste el problema de la intensidad,⁵ pues las Sentencias del Tribunal Constitucional se refieren a «condiciones básicas», «requisitos mínimos», «requisitos indispensables» o «contenido primario», que, como señala la propia memoria de la Ley, «en todo caso, las condiciones básicas han de ser las imprescindibles o necesarias para garantizar esta igualdad, que no puede constituir una igualdad formal absoluta».⁶ Ante esta opción, algunos grupos parlamentarios consideraban que la utilización de este título competencial de naturaleza transversal supone «una utilización perversa y corrosiva de las competencias autonómicas».⁷ Estas cuestiones fueron las alegadas para justificar los votos en contra de la Ley y de que no se alcanzara la unanimidad en su aprobación, dejando la puerta abierta a posibles impugnaciones.

Por otra parte, esta Ley pretende desarrollar un nuevo modelo basado en la cooperación interadministrativa. El Sistema que crea, como determina el propio texto de la norma, «responderá a una acción coordinada y cooperativa de la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas [...], con la participación, en su caso, de las Entidades Locales» (art.1, 2) y, además, señala explícitamente como principio de la norma «la cooperación interadministrativa (art. 3, ñ). Por ello, debemos tener en cuenta los principios, mecanismos e instrumentos relacionales entre las administraciones públicas, establecidos por la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo común, que, por tratarse de una norma específica en estas cuestiones, señala las pautas generales que deberán constituir el marco para la cooperación y que serán de aplicación supletoria en lo no previsto en la LPAPAPD. Esta técnica intraorgánica⁸ puede limitar las posibilidades del ejercicio de determinadas competencias autonómicas, ya que algunas e importantes decisiones, como veremos, se atribuyen a órganos de cooperación, como el Consejo Territorial del SAAD (arts. 8.2, 19, 27.1, 28.5, 34.3).

5 En el debate final del Congreso de los Diputados Olavaria Muñoz señaló que «La invocación del 149.1 ya está desarrollada por la jurisprudencia y, particularmente, por la sentencia 4/2004 que establece que la invocación del 149.1.1ª, de forma muy limitada y excepcional, posibilita en el mejor de los casos al legislador estatal establecer lo que se denomina contenido esencial del derecho y nunca, y lo prohíbe expresamente esta sentencia que invocamos del Tribunal Constitucional, una regulación detallada y acabada, que es lo que provee esta ley...», Diario de Sesiones, n. 219, O.c. p. 11127.

6 Memoria de impacto de la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, p. 35.

7 Olabarria Muñoz, y en la misma línea el diputado Campuzano i Canadés, del Grupo Parlamentario de CiU, señalaba en su intervención en la misma sesión plenaria final, que «...si finalmente el artículo 149.1.1 se convierte en una competencia transversal sin límites que permite al Estado entrar a regular cualquier materia, y hacerlo prácticamente sin más limitaciones que las que libre y unilateralmente quiera asumir, será una cláusula abierta que hace desaparecer toda posibilidad de que las comunidades autónomas tengan competencias exclusivas». Diario de Sesiones n. 219, O.c. p. 11129.

8 La Ley opta por la llamada técnica intraorgánica de cooperación, ya que se estructura mediante la creación de un órgano en la que las diversas instancias estén representadas y no por la simple coordinación de los órganos pertenecientes a las diversas unidades (técnica interorgánica de cooperación). Pablo Santolaya. Descentralización y cooperación. Estudios Derecho Público. Madrid: Instituto de Estudios de Administración Local, 1984.

De la citada Ley 30/1992 debemos recordar que preceptúa que las relaciones entre las Administraciones públicas se rigen por el principio de cooperación, colaboración y lealtad institucional, y en su actuación por los criterios de eficiencia y servicio a los ciudadanos (art. 3, 2 y 4). También exige el respeto a las competencias de las Administraciones y que en su ejercicio se ponderen todos los intereses públicos implicados y, asimismo, requiere el intercambio de información y la cooperación y asistencia activas para poder ejercerlas eficazmente. (art. 4,1).⁹ Por otra parte, la citada norma, define los posibles instrumentos y procedimientos de cooperación entre la Administración General del Estado (AGE) y la Administración de las Comunidades Autónomas (CCAA): a) órganos de cooperación, distinguiendo entre los de composición bilateral (Comisiones Bilaterales de Cooperación) y multilateral (Conferencias Sectoriales) y las de ámbito general o sectorial (art. 5); b) convenios de colaboración, señalando los requisitos de los instrumentos de formalización; c) planes y programas conjuntos de actuación para el logro de objetivos comunes en las materias que ostenten competencias concurrentes, estableciendo el contenido del acuerdo aprobatorio que tendrá carácter vinculante y que podrá complementarse mediante un convenio de colaboración (art. 7). Finalmente, establece que las relaciones entre la Administración General del Estado o la Administración de la Comunidad Autónoma con la Administración Local «se regirán por la legislación básica en materia de Régimen Local,¹⁰ aplicándose supletoriamente lo dispuesto en el presente Título» (art. 9).

Por su parte, la Ley relativa a la dependencia, como veremos, recoge los principios, mecanismos e instrumentos previstos para la cooperación entre la AGE y las CCAA. Debemos avanzar que prevé y regula los tres instrumentos posibles de cooperación y que constituyen elementos claves de la ley: el órgano de cooperación, denominado Consejo Territorial del SAAD,¹¹ los convenios de colaboración bilaterales y los planes conjuntos.

6.3. DERECHO A LOS SERVICIOS SOCIALES

Como se ha señalado en el capítulo anterior, las primeras leyes autonómicas de servicios sociales no establecieron propiamente un derecho subjetivo. Las segundas leyes, aunque tratan con mayor detalle del derecho a los servicios sociales, lo hacen de forma genérica y sólo se refiere explícitamente al derecho subjetivo la Ley asturiana 1/2003, de 24 de febrero, de servicios sociales, aunque la ausencia del desarrollo reglamentario del catálogo de prestaciones, ha de-

⁹ Este artículo concreta las obligaciones, forma y características de la cooperación, colaboración y asistencia entre las Administraciones públicas.

¹⁰ La Ley 7/1985, de 2 de abril, de Bases del Régimen Local, trata de las relaciones interadministrativas en el Capítulo II del Título V.

¹¹ Consideramos que deberá establecerse algún tipo de relación y/o coordinación entre las actuaciones del citado Consejo Territorial y las del Consejo Sectorial de Asuntos Sociales, especialmente referente a los convenios y planes que se acuerden relacionados con los servicios sociales para la dependencia.

jado por el momento sin eficacia dicho derecho. Por tanto, podemos decir que, salvo algunas excepciones,¹² las actuales leyes autonómicas no establecen un derecho subjetivo de acceso a los servicios y prestaciones, al menos con carácter general y sistematizado.

La LPAPAPD se refiere explícitamente al derecho subjetivo, en el segundo párrafo del apartado 3 del preámbulo, al considerar que la norma «configura un derecho subjetivo que se fundamenta en los principios de universalidad, equidad y accesibilidad». Ya en el propio texto de la Ley, en su primer artículo, señala que «... tiene por objeto regular las condiciones básicas que garanticen la igualdad en el ejercicio del derecho subjetivo de ciudadanía a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia...» (art. 1). Asimismo, esta Ley concreta la forma a través de la cual pretende hacer efectivo dicho objeto: «mediante la creación de un Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia...» y establece «la garantía por la Administración General del Estado de un contenido mínimo común de derechos para todos los ciudadanos en cualquier parte del territorio del Estado español».

Debemos ahora examinar si el llamado derecho subjetivo que establece reúne los requisitos que consideramos debe cumplir para ser cualificado como tal, para luego, en su caso, analizar cuál es su alcance. Consideramos que el derecho subjetivo exige una norma que: a) delimite de forma concisa la prestación a que se tiene derecho; b) concrete los requisitos de acceso; c) exija al responsable de prestarla que disponga de los recursos suficientes; y d) otorgue al presunto beneficiario la legitimación para ejercer, si fuere necesario, su derecho ante los tribunales. En primer lugar, conviene comprobar, pues, si la norma delimita de forma concisa la prestación y concreta los requisitos de acceso. La Ley que comentamos determina, por una parte, tres niveles de protección (1º: de protección mínimo, establecido por la AGE; 2º: el acordado por la AGE y cada una de las CCAA; 3º: adicional establecido por las CCAA; art. 7) y, por otra, establece un conjunto de prestaciones, que podrán tener naturaleza «de servicios y de prestaciones económicas» (art. 14.1). Los servicios se determinan en un catálogo (art. 15), señalando que tendrán carácter prioritario (art. 14.2). Asimismo, define las prestaciones económicas (arts. 17 al 20) y los servicios de promoción de la autonomía personal y de atención y cuidado (arts. 21 al 25). Sin embargo, deja importantes aspectos por concretar, como el contenido y alcance del nivel mínimo garantizado, que determinará el Gobierno, oído el Consejo Territorial del SAAD (art. 9) y también quedan pendientes de determinación los otros dos niveles, ya que el segundo deberá acordarse y concretarse mediante convenio

12 Por ejemplo, el Decreto catalán 261/2003, de 21 de octubre, que regula los servicios de atención precoz, en su artículo 2, referente a la naturaleza de los servicios y el derecho de acceso, establece el carácter de derecho subjetivo y la gratuidad: «1. Los servicios de atención precoz se conforman como un derecho subjetivo para todas las personas que reúnan los requisitos que establece el artículo 4 y que tengan la residencia habitual en Cataluña. 2. Estos servicios no están sujetos a contraprestación económica por parte de las personas y familias que las reciban». También algunas normas restablecen derechos subjetivos para el acceso a algunas prestaciones, especialmente del nivel primario, p.e. información, orientación, diagnóstico, valoración, etc.

(art. 7.2) y el tercero, referente a la protección adicional, la determinará cada Comunidad Autónoma.

Tampoco la definición de las prestaciones es completa, ya que el citado Consejo Territorial deberá establecer los criterios para determinar la intensidad de la protección de los servicios, las condiciones y cuantía de las condiciones económicas o los criterios de participación del beneficiario en el coste de los servicios (art. 8.2. b, c y d) y, asimismo, serán las normas reglamentarias, previo acuerdo del mencionado Consejo, las que concretarán las condiciones de acceso a la prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales (art. 18.2), así como las condiciones específicas de acceso a la prestación económica de asistencia personal (art. 19).

Por todo ello, consideramos que tendrá naturaleza de derecho subjetivo el acceso a las prestaciones que se incluyan en el primer nivel y con la intensidad protectora que se establezca (el nivel mínimo de protección garantizado para cada uno de los beneficiarios del Sistema [...], como condición básica de garantía del derecho...»). Para determinar si el acceso a las prestaciones de segundo y tercer nivel es propiamente un derecho subjetivo o no, habrá que atenerse al contenido de los convenios suscritos entre la AGE y cada Comunidad Autónoma y a la regulación que del nivel adicional efectúe, en su caso, cada una de ellas.

En relación a la determinación de la dependencia, la Ley establece la clasificación en grados (Grado I. Dependencia moderada; Grado II. Dependencia severa; Grado III. Gran dependencia; art. 261) y cada uno lo divide en dos niveles, y señala que para la valoración se utilizarán unos baremos (arts. 26.3 y 27.2, 3 y 4) que se aplicarán por parte de unos órganos de valoración de carácter público establecidos por las CCAA (art. 27.1), que tendrán en cuenta determinadas circunstancias, como la salud, el entorno, las ayudas técnicas y las órtesis y prótesis prescritas (art. 27.5). También regula algunas normas del procedimiento para el reconociendo de la situación de dependencia y del derechos de las prestaciones del Sistema (art. 28).

Así, pues, los requisitos de acceso a las prestaciones no quedan tampoco completados, ya que los baremos para la determinación de la situación de dependencia y los criterios comunes de composición y actuación de los órganos de valoración dependen de los correspondientes acuerdos establecidos en el seno del Consejo Territorial del SAAD (arts. 8.2, e y 27.1).

El tercer requisito del derecho subjetivo exige la asignación de recursos suficientes. Sin perjuicio de lo que se señala más adelante (ver apartado 7), la Ley dedica el Capítulo V a la financiación del Sistema, que «será suficiente para garantizar el cumplimiento de las obligaciones que corresponden a las administraciones Públicas competentes y se determinará anualmente en los correspondientes Presupuestos» (art. 32.1). Las fuentes de financiación serán: a) la AGE asume íntegramente el coste derivado del nivel mínimo de protección garantizado y el derivado de las obligaciones asumidas con cada una de las CCAA en los correspondientes convenios, aunque la Disposición transitoria primera establece que la financiación del Estado para la celebración de los citados convenios será solo hasta el 2015; b) las CCAA asumirán las obligaciones de los citados conve-

nios suscritos con la AGE y las aportaciones anuales serán al menos iguales a las realizadas por la AGE en el nivel mínimo y el acordado con la Comunidad Autónoma; c) la participación del usuario en el coste de los servicios que se determinará según el tipo, el coste del servicio y su capacidad económica personal (art. 33). En los debates de la Ley este aspecto, clave para garantizar el derecho subjetivo, fue fuente de controversias, ya que algunos grupos parlamentarios reclamaban la inclusión de estas prestaciones en el sistema de financiación autonómico general, como ocurre en materia de educación o sanidad, considerando que la fórmula propuesta basada en los convenios no garantiza la sostenibilidad del sistema. También se ha señalado el riesgo que supone la limitación temporal de las aportaciones del Estado para financiar los convenios.¹³ En definitiva, consideramos que la financiación deberá ser suficiente para el primer nivel garantizado por la AGE, cuya financiación correrá a su cargo, y también para el segundo, aunque en este caso dependerá de la suscripción de los convenios, y no queda garantizada para el tercer nivel, dado su carácter voluntario.

Finalmente, consideramos que si se trata de un derecho subjetivo debe otorgarse al presunto beneficiario la legitimación para ejercer, si fuere menester, su derecho ante los tribunales. Este requisito parece recogido en el artículo 4 que trata de los derechos y obligaciones de las personas en situación de dependencia, que en su apartado j)¹⁴ le faculta «A iniciar las acciones administrativas y jurisdiccionales en defensa del derecho que reconoce la presente Ley en el apartado 1 de este artículo», que a su vez establece que «Las personas en situación de dependencia tendrán derecho, con independencia del lugar del territorio del Estado español donde residan, a acceder, en condiciones de igualdad, a las prestaciones y servicios previstos en esta ley, en los términos establecidos en la misma». La legitimación parece extenderse a la defensa del derecho a la igualdad y al acceso a las prestaciones que se conceptúen como mínimas garantizadas y las demás que así se determina en las normas reguladoras.

Por todo ello, consideramos que a pesar de que la LPAPAPD se refiere al derecho subjetivo, no se concreta directamente en su texto y dependerá del desarrollo reglamentario que se realice y de los acuerdos que se tomen en el seno del Consejo Territorial y en los convenios que se suscriban. Los derechos subjetivos que genere la Ley y las normas de aplicación (prestaciones de nivel mínimo garantizadas), así como los derivados, en su caso, de los convenios suscritos entre la AGE y cada unas de las CCAA o de las propias CCAA deberán incorporarse a los servicios sociales autonómicos y puede generar efectos colaterales que deberán ser tenidos en cuenta, ya que algunas seguramente producirán situaciones de desigualdad en el acceso a las prestaciones por parte de otros colectivos usuarios del sistema, que deberían subsanarse, mediante reformas de las leyes autonómicas.

13 Ver Diario de Sesiones n.º 219, O.c., p. 11126, 11130 y 11136.

14 También se refiere este apartado al caso de los menores o personas incapacitadas judicialmente, para los que «estarán legitimadas para actuar en su nombre quienes ejerzan la patria potestad o quines ostenten la representación legal».

6.4. PRINCIPIOS RECTORES

Muchos de los principios que recoge la LPAPAPD coinciden con los establecidos generalmente en las leyes de servicios sociales, como la igualdad/no discriminación, la universalidad, la prevención, el carácter público de las prestaciones y la colaboración de la iniciativa privada, la cooperación interadministrativa, la atención integral, la participación de las personas y, en su caso, los familiares y entidades representativas, la transversalidad de las políticas o la colaboración de los servicios sociales y sanitarios. Asimismo, incorpora algunos de los principios que recogen las leyes de servicios sociales más recientes, como la personalización de la atención, la permanencia, siempre que sea posible, en el entorno en que desarrollan su vida, y la calidad.¹⁵

También incluye algunos nuevos principios, como los referentes a la perspectiva de género, a la valoración de las necesidades de las personas atendiendo a criterios de equidad u otros de específicos relacionadas con las situaciones de dependencia, como la promoción de las condiciones precisas para que este colectivo pueda llevar una vida con el mayor grado de autonomía posible o la atención preferente a las personas en situación de gran dependencia.

Como comentario general al listado de principios,¹⁶ puede señalarse que los no coincidentes deberían entrar a formar parte de las normas de servicios sociales autonómicos –al menos para las personas dependientes– y que dicha incorporación puede exigir en algunos casos la adopción de medidas concretas para hacerlos efectivos, como puede ocurrir con la aplicación del citado principio de permanencia en el entorno o de la integración de las prestaciones en las redes actuales de servicios sociales.

Por otra parte, ciertos principios merecen algunos comentarios. Como vimos en el capítulo anterior, varias leyes autonómicas tratan el principio de universalidad¹⁷ de forma bastante ambigua y en algunos casos consideramos que equivocada, además de establecer equiparaciones confusas con el principio de igualdad. Esta Ley que comentamos no escapa totalmente a estas tendencias, ya que proclama este principio en su artículo 3, b («la universalidad en el acceso de todas las personas en situación de dependencia, en condiciones de igualdad efectiva y no discriminación...»), pero al tratar del acceso a los servicios se refiere a que, en algunos casos, se tendrá en cuenta la capacidad económica («La prioridad en el acceso a los servicios vendrá determinada por el grado y nivel de dependencia y, a igual grado y nivel, por la capacidad económica del solicitante»; art. 14, 6) y también se alude a la capacidad económica («en función de... la capaci-

¹⁵ La LPAPAPD dedica el Capítulo I del Título II a las medidas para garantizar la calidad del Sistema.

¹⁶ Como en las leyes autonómicas, puede observarse cierta mezcla de lo que serían propiamente principios con meras técnicas organizativas.

¹⁷ Consideramos que el principio de universalidad se refiere a la igualdad de acceso de toda la población a las prestaciones, en función de las necesidades personales y sociales y de las correspondientes indicaciones técnicas, sin tener en cuenta la situación económica e independientemente, en su caso, de las obligaciones de pago.

dad económica») al referirse a las condiciones de acceso a las prestaciones económicas vinculadas al servicio y para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales (arts. 17.1 y 18.2). Sería conveniente que, tanto la Ley que comentamos como las leyes de servicios sociales autonómicas, concretaran el significado y alcance de la universalidad,¹⁸ indicando qué prestaciones tienen este carácter y disponiendo las medidas para hacerlo efectivo. Debemos tener en cuenta que la aplicación de este principio obliga a las Administraciones Públicas competentes a garantizar una oferta suficiente para satisfacer la demanda prevista de dichos servicios, como exige esta Ley a las redes de servicios sociales autonómicos: «el reconocimiento y garantía de su oferta mediante centros y servicios público o privados concertados» (art. 3, o).

En relación al principio de igualdad, consideramos que esta Ley determina con mayor precisión este derecho («... la garantía por la Administración General del Estado de un contenido mínimo común de derechos para todos los ciudadanos en cualquier parte del territorio español», art. 1; «... acceso [...] en condiciones de igualdad efectiva y no discriminación...», art. 3, b) y establece mecanismos concretos y potentes de protección, mediante la atribución al Consejo Territorial del SAAD de facultades para «establecer los mecanismos de coordinación para el caso de las personas desplazadas en situación de dependencia» (art. 8, 2, i) y, especialmente, a través de la vía que abre a las acciones administrativas y jurisdiccionales en defensa de este derecho (art. 4, 2, j).

Otro principio que merece un comentario es el referente a la colaboración de los servicios sociales y sanitarios en la prestación de los servicios a los usuarios del SAAD, de acuerdo con las normas que establece la propia Ley, que son muy escasas, y las que determinen las Comunidades Autónomas y las aplicables a las Entidades Locales (art. 3, l). La exigua presencia del sector sanitario en el SAAD ha sido una de las críticas a esta norma que comentamos; además, alguna de las referencias es para diferenciar sus prestaciones de las del Catálogo de Servicios: «se regulan sin perjuicio de lo previsto en el artículo 14 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud» (art. 15, 2). Recordemos que esta Ley estableció por primera vez a nivel estatal las prestaciones sociosanitarias,¹⁹ concretando las correspondientes al ámbito sanitario: a) los cuidados sanitarios de larga duración, b) la atención sanitaria de convalecencia y c) la rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable, dejando en manos de las Comunidades Autónomas la determinación de los niveles de atención y la «coordinación» entre las Administraciones Públicas para garantizar la continuidad del servicio. Esta Ley sanitaria señalaba que la cartera de servicios podría ampliarse en el futuro previo acuerdo del Consejo Interte-

¹⁸ Algunas de las leyes autonómicas concretan para algunos de los servicios y prestaciones su carácter universal y gratuito, como por ejemplo las prestaciones técnicas de la segunda Ley de la Comunidad de Madrid.

¹⁹ Define las «prestaciones sociosanitarias» como «el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar las limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social» (art. 14).

territorial del Sistema Nacional de Salud (SNS). Recientemente, se ha aprobado mediante Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del SNS y el procedimiento para su actualización, que define la citada cartera como el conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias (art. 2) y distingue los servicios comunes en todo el Estado de los complementarios aprobados por las Comunidades Autónomas a su cargo. El acceso a dichas prestaciones requiere la correspondiente indicación clínica y sanitaria y se garantiza con independencia del lugar del territorio donde se encuentre (art. 2, 4 y 5). Esta nueva cartera no incluye entre los servicios comunes, a pesar de las citadas referencias de la Ley de Cohesión y Calidad del SNS, un tipo específico de prestaciones sociosanitarias, sino que quedan diluidas entre las demás prestaciones²⁰ (ver art. 6 y anexos a la norma).

Finalmente, debemos detenernos un momento para comentar el principio contenido del apartado o) del artículo 3 de la LPAPAPD que establece «La integración de las prestaciones establecidas en esta ley en las redes de servicios sociales de la Comunidades Autónomas, en el ámbito de las competencias que tienen asumidas, y el reconocimiento y garantía de su oferta mediante centros y servicios públicos o privados concertados». El legislador parece mostrar en este texto su opción a favor, en primer lugar, por la integración de las prestaciones que establece en la redes de servicios sociales autonómicos, con el fin de evitar la creación de un nuevo sistema con una red específica para las personas en situación de dependencia y, por otra parte, este principio consolida el modelo mixto de oferta público-privada en la línea de las leyes autonómicas.

De estos comentarios específicos sobre algunos principios, no se aprecian discrepancias ni contradicciones significativas entre los principios que establece la nueva Ley en relación con los de normas autonómicas de servicios sociales, aunque sí, como se ha comentado, su aplicación puede precisar de algunas adaptaciones legales y de medidas operativas, como por ejemplo en el caso del principio de igualdad que requerirá de mayores precisiones y garantías en el ámbito interno autonómico en la línea que lo hace la LPAPAD. Desde el punto de vista organizativo son importantes los retoques que deberán hacerse en las redes de servicios sociales para incluir las nuevas prestaciones y servicios y el establecimiento de mecanismo operativos de coordinación de los ámbitos de los servicios sociales y de los sanitarios.

6.5. PRESTACIONES

La Ley que comentamos trata en el artículo 14 de las «prestaciones de atención a la dependencia» distinguiendo, según su naturaleza, entre los «servi-

²⁰ Incluye las prestaciones de salud pública, atención primaria, atención especializada, atención de urgencia, prestación farmacéutica, prestación ortoprotésica, de productos dietéticos y de transporte sanitario (art. 6).

cios» y las «prestaciones económicas». Por otra parte, la Disposición adicional tercera de esta Ley contempla unas «ayudas económicas» para facilitar la autonomía personal, aunque tienen un carácter potestativo y están sujetas a las disponibilidades presupuestarias.²¹

Las leyes de servicios sociales establecen «prestaciones técnicas o servicios» y un conjunto de «prestaciones económicas», que pueden ser periódicas y ocasionales. También se ha comentado en el capítulo anterior que algunas de las últimas leyes de servicios sociales, como la leyes madrileña y riojana, han introducido un tercer nivel prestacional (prestaciones técnicas, económicas y materiales o en especie). Por otra parte, la ley asturiana incorporó por primera vez en el ámbito de los servicios sociales el concepto de «catálogo de servicios», distinguiendo entre las prestaciones las «fundamentales», que serían exigibles como derecho subjetivo.

En relación a las prestaciones económicas, debemos tener en cuenta que algunas de las periódicas tienen como objetivo atender situaciones de dependencia, como por ejemplo el complemento de la pensión no contributiva de invalidez o el antiguo subsidio de la LISMI por ayuda de tercera persona. También entre las ayudas ocasionales encontramos algunas relacionadas con las situaciones de dependencia, como las establecidas para la adquisición de ayudas técnicas o para la accesibilidad y supresión de barreras arquitectónicas.

Muchas de las prestaciones económicas que gestionan los servicios sociales autonómicos, especialmente las de carácter periódico con finalidades de subsistencia –por ejemplo la pensión no contributiva de la seguridad social de invalidez–, no corresponden propiamente a los servicios sociales. En cambio, como veremos, las previstas en la nueva Ley referente a la dependencia sí que corresponden técnicamente a los servicios sociales, ya que atribuye a las prestaciones monetarias un carácter subsidiario o supletorio de las técnicas, con la excepción o peculiaridad de la prestación para asistente personal.

La LPAPAPD regula en el Capítulo II del Título I las prestaciones y establece el catálogo de servicios,²² dedicando la sección primera a las prestaciones en general, la segunda a las prestaciones económicas y la última a los servicios. Estas normas determinan, en primer lugar, un carácter prioritario para los servicios incluidos en el catálogo y asigna un papel subordinado a las prestaciones económicas, ya que sólo se podrán otorgar cuando no sea posible la atención mediante los citados servicios, con carácter excepcional o según se establezca reglamentariamente.

Si comparamos en la tabla 1 la síntesis de los principales servicios y prestaciones económicas de los servicios sociales autonómicos con las que se establecen para SAAD, podremos apreciar algunas diferencias. Es en las prestaciones económicas periódicas donde se aprecian mayores novedades, ya que, por una parte, como se ha comentado, la nueva Ley relaciona estas prestaciones

21 «La Administración General del Estado y las administraciones de las Comunidades Autónomas podrán, de conformidad con sus disponibilidades presupuestarias...». Disposición adicional tercera.

22 Por otra parte, esta norma establece que los servicios del catálogo se regulan sin perjuicio de las citadas prestaciones previstas en la Ley de Cohesión y Calidad del SNS (art. 15.2).

TABLA 1. Cuadro comparativo de las prestaciones de los servicios sociales autonómicos y las establecidas por la LPAPAPD

PRESTACIONES		SERVICIOS SOCIALES AUTONÓMICOS ²³	LPAPAPD
SERVICIOS	NIVEL PRIMARIO	<ul style="list-style-type: none"> Equipo básico: información, orientación, prevención, diagnóstico, intervención individual y comunitaria... Servicio de asistencia domiciliar: atención personal, limpieza del hogar... Servicio de Teleasistencia Residenciales Alojamiento residencial para urgencias, marginación... 	<p><u>Catálogo de servicios</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Servicio de prevención de las situaciones de dependencia y de promoción de la autonomía personal Servicio de Teleasistencia Servicio de ayuda a domicilio <ul style="list-style-type: none"> Atención a las necesidades del hogar Cuidados personales Servicio de Centros de Día y de Noche <ul style="list-style-type: none"> Centro de Día para mayores Centro de Día para menores de 65 años Centro de Día de atención especializada Centro de Noche Servicio de Atención Residencial <ul style="list-style-type: none"> Residencia de personas mayores en situación de dependencia Centro de atención a personas en situación de dependencia, en razón de los distintos tipos de discapacidad
	NIVEL ESPECIALIZADO	<p><u>Díurnos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Atención temprana Hogares y clubes Centros de día: para personas mayores, de atención especializada para personas con discapacidad... <p><u>Residenciales</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Viviendas tuteladas, compartidas... Acogimiento familiar Residencias: permanentes y temporales 	
PRESTACIONES ECONÓMICAS	PERIÓDICAS	<ul style="list-style-type: none"> PNC invalidez: complemento ayuda tercera persona LISM: subsidio movilidad y compensación gastos transporte Complementos autonómicos²⁴ 	<ul style="list-style-type: none"> Vinculada al servicio Para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no formales De asistencia personal <p><u>Ayudas económicas</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Para facilitar la autonomía personal <ul style="list-style-type: none"> Ayudas técnicas e instrumentos Accesibilidad y adaptación del hogar
	OCASIONALES ²⁵	<ul style="list-style-type: none"> Para acceso a servicios: asistencia domiciliar, atención especializada Para supresión de barreras arquitectónicas y accesibilidad Para ayudas técnicas Ayudas relacionadas con los cuidadores 	

FUENTE: Elaboración propia.

23 Como no existe homogeneidad en los tipos y denominación de las prestaciones entre las Comunidades Autónomas en este cuadro se recogen sólo las más comunes para el colectivo de personas en situación de dependencia, que no supone que todas las prestaciones existan en cada una de ellas. Para realizar un análisis más detallado deben consultarse las prestaciones establecidas en cada una de las Comunidades Autónomas.

24 Algunas Comunidades Autónomas has establecido ayudas complementarias para mejorar las pensiones más bajas, especialmente las no contributivas. Esta polémica cuestión está actualmente regulada a nivel estatal por la Ley 4/2005, de 22 de abril, que modificó el apartado 4 del artículo 38 del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social: «4. Cualquier prestación de carácter público que tenga por finalidad complementar, ampliar o modificar las prestaciones económicas de la Seguridad Social, en su modalidad contributiva, forma parte del sistema de la Seguridad Social y está sujeto a los principios regulados en el artículo 2 de esta Ley. //Lo previsto en el párrafo anterior se entiende sin perjuicio de las ayudas de otra naturaleza que, en el ejercicio de sus competencias, puedan establecer las Comunidades Autónomas en beneficio de los pensionistas residentes en ellas».

25 Normalmente están sujetas a convocatoria anual y a las disponibilidades presupuestarias.

con los servicios, lo que las inserta claramente en la rama de los servicios sociales. Por otra parte, hasta ahora se establecían simplemente unos complementos monetarios para las personas que precisaban del concurso de otra persona para realizar los actos esenciales de la vida y la nueva Ley diferencia tres posibilidades de prestación económica: a) vinculada al servicio para «únicamente» cuando no sea posible el acceso al servicio público o concertado (arts. 14.3 y 17); b) para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales, «excepcionalmente» cuando sea atendido en su entorno familiar y se den las condiciones adecuadas de convivencia y de habitabilidad de la vivienda y así lo establezca el PIA (arts. 14.4 y 18); c) de asistencia personal para la promoción de la asistencia personal de las personas con una gran dependencia, mediante la contratación de una asistencia personal que facilite al usuario el acceso a la educación y al trabajo, así como una vida más autónoma (arts. 14.5 y 19). Sin embargo, deberemos esperar a los convenios ente AGE-CCAA en las dos primeras prestaciones (arts. 14.3 y 17) y al acuerdo del Consejo Territorial y al desarrollo reglamentario para conocer las condiciones y requisitos exactos de acceso a la tercera prestación económica.

Las diferencias no son insoslayables y, por tanto, no deberá resultar excesivamente difícil la integración y racionalización de dichas prestaciones y servicios en los sistemas autonómicos de servicios sociales, aunque consideramos que deberá reelaborarse la tipología de servicios y crear un catálogo general de los mismos, que indique para cada uno de ellos la naturaleza del derecho de acceso que tiene el usuario (subjeto o no), el régimen de incompatibilidades, los requisitos de acceso, la capacidad de elección de los usuarios y los aspectos relacionados con su financiación.

En relación a las prestaciones económicas, debemos tener en cuenta dos cuestiones. La primera se refiere a la deducción de dichas prestaciones de la cuantía que perciban de prestaciones de análoga naturaleza y finalidad,²⁶ como los complementos de gran invalidez, de la asignación económica por hijo a cargo mayor de 18 años con una discapacidad del 75 %, el de la pensión de invalidez y el subsidio de ayuda para tercera persona de la LISMI (art. 31). El segundo aspecto a considerar es el relativo a los complementos de las pensiones no contributivas y a las asistenciales que pueden otorgar las Comunidades Autónomas²⁷ en base al apartado 4 del artículo 38 del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social (TRLGSS), que motiva el contenido de la Disposición adicional decimosexta de la LPAPAPD,²⁸ que da nuevo redactado al apartado 2

26 «Quienes tengan reconocida la pensión de gran invalidez o la necesidad de asistencia de tercera persona [...], tendrán reconocido el requisito de encontrarse en situación de dependencia, en el grado y nivel que se disponga en desarrollo reglamentario de esta Ley». Disposición adicional novena.

27 Por ejemplo, la Ley catalana 13/2006, de 27 de julio, de prestaciones sociales de carácter económico establece como derecho subjetivo, entre otras, la prestación complementaria para pensionistas de la modalidad no contributiva por invalidez, cuyo importe se fija en un porcentaje de la pensión (art. 21), que para el año 2006 es de un 25 %.

28 En la Intervención de García Suárez, del Grupo Parlamentario Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya Verds, en la Sesión final del trámite de la Ley señaló: «... también votaremos a favor de la enmienda

del artículo 145 del TRLGSS, permitiendo la compatibilidad «con las rentas o ingresos anuales que, en su caso, disponga cada beneficiario, siempre que los mismos no excedan del 25 por cien del importe, en computo anual, de la pensión no contributiva...».

No obstante, la introducción de las citadas normas de la LPAPAPD puede generar diferencias –o incluso discriminaciones– poco justificables en el acceso y la recepción de servicios y prestaciones, según los solicitantes se hallen en situación de dependencia o no. Por ello, consideramos que la aplicación de esta Ley exigirá cambios substanciales en las disposiciones autonómicas de servicios sociales para garantizar el principio de igualdad.

6.6. DERECHOS Y DEBERES DE LOS USUARIOS

Además de tratar del «derecho a las prestaciones» parece necesario referirnos a los «derechos y deberes de los usuarios» de dichos servicios y a los perceptores de las prestaciones económicas. En este sentido, la LPAPAPD regula en el artículo 4 dichos derechos y obligaciones. Si comparamos los derechos que se incluyen en las listas de las normas autonómicas de servicios sociales y las de esta Ley observamos un gran parecido, aunque en el segundo caso gozan, como no podía ser de otra forma, de una mayor especificación en relación a las situaciones de dependencia. Sin embargo, deben resaltarse algunos de los derechos establecidos en esta última Ley, como la obligación, que ya se exige en el ámbito de la sanidad, de ser advertido de si los procedimientos que se le apliquen pueden ser utilizados en función de un proyecto docente o de investigación y la exigencia de autorización expresa y por escrito (art. 4, 2, c). También es importante el derecho de poder decidir, que esta norma lo refiere a la tutela de su persona y bienes, para el caso de pérdida de su capacidad de autogobierno, y al ingreso en un centro residencial (art. 4, 2, f y g), que seguramente hubiera podido ampliarse también a causar baja en el centro y referirse a todo tipo de servicios.

Sin embargo, debemos señalar también un par de ausencias que parecen remarcables. En primer lugar, no recoge el derecho a disponer de un profesional de referencia para asegurar la atención integral y canalizar los apoyos que precise la persona y la adecuada aplicación de los recursos, que ya incluyen algunas de las últimas leyes de servicios sociales. En segundo lugar, nos referimos a la capacidad de elección, que ha sido ampliamente reivindicada por los colectivos de afectados²⁹ y que el Libro Blanco trata en los términos siguientes: «la partici-

a la disposición octava bis, por la que se modifica el punto 2 del artículo 145, del texto refundido de la Ley de Seguridad Social sobre los efectos en las pensiones no contributivas de los complementos otorgados por las comunidades autónomas». Diario de Sesiones, n. 219, O.c. p. 11125.

²⁹ Pueden consultarse algunas de las opiniones de las entidades públicas y privadas de ámbito estatal sobre algunos de los aspectos del anteproyecto de ley: VILÀ, A. Presente y futuro de la regulación de la protección social a la dependencia en España. En La protección social de la dependencia en España, Documentación Social n. 141, abril-junio 2006.

pación de las personas con dependencia y sus cuidadores/as familiares debe quedar garantizada y ser considerada un derecho irrenunciable, tanto para determinar el plan de cuidados a desarrollar, como para la elección del tipo de recursos que van a utilizar». ³⁰ No obstante, aunque en el artículo 4, dedicado a los derechos y obligaciones, no se establece explícitamente, se ha incorporado en el redactado final de la Ley al tratar del programa individual de atención (PIA), que exige la participación de la persona afectada y que efectúe «en su caso, elección entre las alternativas propuestas del beneficiario...» (art. 29, 1).

Como garantía de los derechos y libertades fundamentales establece el derecho al pleno ejercicio de sus derechos jurisdiccionales en caso de internamientos involuntarios y recordemos que también pueden iniciar acciones administrativas y jurisdiccionales en defensa del derecho a acceder en condiciones de igualdad a las prestaciones y servicios establecidos en la Ley, con independencia del lugar de residencia (art. 4, 2, h y j); así mismo, explicita la obligación de los poderes públicos de promover y garantizar los citados derechos, «sin más limitaciones en su ejercicio que las directamente derivadas de la falta de capacidad de obrar que determina su situación de dependencia», que consideramos deberán establecerse mediante sentencia judicial de incapacitación.

En relación a los deberes, la LPAPAPD se refiere a la obligación de suministrar la información y los datos necesarios y a comunicar las ayudas y las prestaciones económicas que reciban (art.4, 4). Las leyes autonómicas de servicios sociales suelen ampliarlas, exigiendo el respeto a la convivencia del centro y a los profesionales, el compromiso de participación activa en el proceso de mejora, autonomía e inserción social y a la contribución al pago del servicio.

En términos generales podemos afirmar que la nueva Ley se inscribe en la tendencia de regular en la propia norma los derechos y deberes de los destinatarios de las prestaciones económicas y usuarios de los servicios sociales y en la ampliación y concreción de los derechos y deberes. No parece que de la conjunción de los derechos y deberes procedentes de las citadas normas puedan surgir conflictos significativos, aunque deberán integrarse en las normativas autonómicas y efectuar los retoques necesarios para evitar desigualdades con los de los demás colectivos usuarios de los servicios sociales.

Por otra parte, para hacer efectivos estos derechos la LPAPAPD regula en el Título II una serie de medias referentes a la calidad y eficacia del sistema: garantizar la calidad del Sistema (Capítulo I); formación en materia de dependencia (Capítulo II); sistema de información (Capítulo III); actuación contra el fraude (Capítulo IV). Todas estas medidas, que se aplicarán por parte las autoridades autonómicas, en algunos casos siguiendo los criterios establecidos en el seno del Consejo Territorial, se incorporan a su legislación de servicios sociales. Además, el Título III trata de las Infracciones y sanciones, que deben, asimismo, ser recepcionadas por el ordenamiento autonómico. Esta operación unificadora exige

³⁰ IMSERSO. Libro Blanco. Atención a las personas en situación de dependencia en España. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. IMSERSO, 2005, p. 756.

rá previamente contrastar este sistema de infracciones y sanciones con los establecidos en la correspondiente Ley de servicios sociales, con el fin de detectar posibles disfunciones, ya que las listas resultantes deben ser coherentes y proporcionales, depurando cualquier desigualdad de derechos y deberes que pueda apreciarse entre ambas normas, debida al ámbito (de la dependencia y los otros) afectado por la infracción.

6.7. FINANCIACIÓN

La financiación de los servicios sociales ha sido una de las cuestiones más complejas que han debido afrontar las leyes en esta materia. Ya se han expuesto en el capítulo anterior las principales iniciativas y medidas adoptadas para intentar aumentar los recursos: establecimiento de porcentajes mínimos en los presupuestos de la Comunidad Autónoma y/o de las Administraciones Locales, aportación de solares y edificios por parte de las Corporaciones Locales para la creación de equipamientos, participación de los usuarios (copago) y, en algunos casos, de los familiares obligados, etc. Sin embargo, todas estas medidas han resultado insuficientes para atender las necesidades, que en los últimos años se han incrementado considerablemente. También preocupa la seguridad y la continuidad de la financiación, por ello, las leyes autonómicas señalan la preferencia por las modalidades de convenio y concierto y, en algún caso, se establecen fórmulas de financiación plurianual. Asimismo, algunas de estas normas regulan modalidades de pago, como el bono-residencia valenciano para la tercera edad y discapacitados o el cheque servicio madrileño.

La nueva Ley referente a la dependencia declara que la financiación del Sistema será suficiente para garantizar el cumplimiento de las obligaciones que correspondan a las Administraciones Públicas competentes y se determinará anualmente en los correspondientes Presupuestos (art. 32.1). Al referirse a las distintas fuentes de financiación señala lo siguiente:

a) Administración General del Estado (AGE)

La AGE asumirá íntegramente el coste derivado del «nivel mínimo de protección garantizado para cada uno de los beneficiarios del Sistema, [...] como condición básica de garantía del derecho a la promoción de la autonomía personal y la atención a la situación de dependencia». Para ello, «fijará anualmente los recursos económicos en la Ley de Presupuestos Generales del Estado...» (arts. 9 y 32). Así pues, la AGE se hará cargo íntegramente del coste de la suma de las prestaciones reconocidas («para cada uno») correspondientes a este nivel y, por tanto, los créditos, en caso necesario, deberían ser ampliables.

Del nivel de protección acordado entre la AGE y cada una de las CCAA, corresponderá a la AGE las obligaciones asumidas en los correspondientes convenios. Estos convenios establecerán «los objetivos, medios y recursos para la aplicación de los servicios y prestaciones [...], incrementando el nivel mínimo de protección fijado por el Estado...» (art. 10.2), se establecerá la financiación que

corresponde a cada Administración para cada nivel de prestación y recogerán las aportaciones del Estado derivadas de la garantía del nivel de protección mínimo (art. 10.4). Asimismo, la Ley contempla la posibilidad de que estos convenios sean anuales o plurianuales y de que puedan ser revisados; asimismo, establece los criterios que deberán ser tenidos en cuenta para efectuar el reparto: la población dependiente, la dispersión geográfica, la insularidad, los emigrantes retornados y otros factores (art. 32.3).

La Disposición transitoria primera señala que la AGE, hasta finales del 2015 «para favorecer la implantación progresiva del Sistema establecerá anualmente en sus Presupuestos créditos para la celebración de los convenios con las administraciones de las Comunidades Autónomas de acuerdo con el artículo 10», que se refiere a los convenios de cooperación AGE-CCAA, referidos en el apartado anterior. Este artículo introduce inseguridad en la continuidad de la financiación y la sostenibilidad del sistema, como se puso de relieve en algunas de las enmiendas presentadas durante la tramitación de la Ley.

b) Comunidades Autónomas

Las CCAA deberán financiar las obligaciones asumidas para la financiación de los servicios y prestaciones del Sistema en el convenio suscrito con la AGE (art. 10, 2). Ya se han señalado en los apartados anteriores las características de dichos convenios y los criterios de reparto que establece la Ley. También serán a cargo de sus presupuestos los servicios y prestaciones establecidas en el nivel adicional que voluntariamente hayan determinado (art. 11, 2).

El monto de la aportación de la Comunidad Autónoma será anualmente «al menos igual a la de la Administración General del Estado como consecuencia de lo previsto en este apartado y el anterior» (art. 32, 3, segundo párrafo), es decir, igual a las aportaciones de la AGE para las protecciones establecidas en el nivel mínimo y del nivel que haya acordado con la AGE. La cuantía y forma de abono a las CCAA de las cantidades necesarias para la financiación de los servicios y prestaciones del nivel mínimo de protección garantizada se establecerá en la Ley de Presupuestos Generales del Estado (Disposición adicional primera).

c) Administración Local

En el artículo 32, dedicado a la financiación del Sistema por las Administraciones Públicas, no encontramos ninguna referencia explícita a las administraciones locales, sólo una remisión genérica a la financiación «suficiente» para garantizar las obligaciones de las Administraciones Públicas competentes. Por tanto, dependerá de las competencias-responsabilidades atribuidas por las normas estatales y autonómicas aplicables en la materia.

d) Beneficiarios

La nueva Ley establece el principio de participación del beneficiario en la financiación de los costes de los servicios y la modulación de las cuantías de las prestaciones económicas, según el tipo, el coste y la capacidad económica «per-

sonal» (art. 33.1 y 2). Es importante esta precisión final y la referencia a los beneficiarios como los únicos que deben participar en los costes de las prestaciones, ya que de esta forma se excluyen del cómputo los recursos económicos de los familiares y también de las posibles obligaciones relativas al pago de los servicios.

El Consejo Territorial del SAAD fijará los criterios para determinar el importe del copago y la modulación de las prestaciones económicas. Para ello, deberá tener en cuenta los siguientes aspectos: a) para determinar la capacidad económica: la renta y el patrimonio del solicitante (art. 14.7); b) en la consideración del patrimonio:³¹ la edad del beneficiario y el tipo de servicios que se presta (art. 14.7); c) para fijar la aportación del beneficiario: se distinguirá entre los servicios asistenciales y los de manutención y hoteleros (art. 33.3). Finalmente, la Ley fija una garantía, que la mayoría de leyes autonómicas de servicios sociales también recogen: ningún ciudadano quedará fuera de la cobertura del Sistema por no disponer de recursos económico (art. 33, 4).

La nueva Ley estatal puede suponer una nueva fuente de recursos para los servicios sociales autonómicos, aunque destinados a un colectivo específico, cuestión que puede reforzar los planteamientos sectoriales por colectivos de ciudadanos. Por otra parte, le obliga a dedicar una parte muy importante de sus recursos (la misma cantidad aportada por la AGE para cubrir el nivel mínimo y el nivel acordado con la Comunidad Autónoma), por tanto, a detraerlos de otras partidas presupuestarias o aumentar los impuestos, ya que la nueva Ley ni otras normas han introducido cambios en el sistema de financiación que le supongan más recursos para el sistema de servicios sociales. Tampoco se explicita cómo se cubrirán los costes de gestión de las valoraciones, de elaboración de los PIA, de las actuaciones de control y seguimiento que establece la Ley, de la creación servicios y la construcción de nuevos equipamientos, etc., cuyos importes pueden ser importantes, especialmente en los primeros años.

Asimismo, debemos considerar las consecuencias que puede tener en los servicios dirigidos a este colectivo y a otros que reciban servicios sociales las normas de participación de los beneficiarios en el coste de los servicios, ya sea en los casos de servicios declarados actualmente como gratuitos³² y que en la nueva Ley considera sujetos al copago, o en los que las normas autonómicas que tienen en cuenta los ingresos de los familiares obligados y exigen en deter-

31 El tema del patrimonio fue muy debatido en la tramitación de la Ley, incluso llegó a ser suprimido este requisito en el trámite del Senado, aunque luego en el Congreso se incorporó nuevamente. Así, por ejemplo, para el Grupo Parlamentario de CiU si se tiene en cuenta la vivienda habitual supondría que en la práctica se excluirían las clases medias y para el Grupo Socialista no hacía falta dicha exclusión, ya que según reconoce la Ley del Patrimonio no se declara la primera vivienda. Diario de sesiones, n.219, O.c, p. 11133.

32 Por ejemplo, el Acuerdo del Gobierno de Madrid de 2001 que supuso en la práctica la gratuidad de servicios para los usuarios de los centros del ámbito de la discapacidad y sus familias. Para ampliar este tema ver Casado. D. Servicios sociales a la madrileña: gratuidad bruta. En Reforma política de los servicios sociales. Madrid: Editorial CCS, pp. 63 y ss.

minados casos su participación en el pago,³³ cuando la nueva Ley excluye a los familiares.³⁴

Para garantizar los derechos que establece la Ley es imprescindible que la financiación sea suficiente. El nivel mínimo estará financiado y garantizado por la AGE, el segundo nivel pactado por la AGE y cada Comunidad Autónoma estará también garantizado, aunque supeditado a lo que dispongan los correspondientes convenios, y las aportaciones del Estado sólo están aseguradas hasta el 2015, y el nivel adicional no queda garantizado, sino que su creación y financiación depende de la voluntad de cada Comunidad Autónoma. Por todo ello, consideramos que la recepción de estas normas por las CCAA tendrá repercusiones presupuestarias significativas que les obligará a una revisión de los sistemas de financiación públicos y de las aportaciones de los usuarios y sus familiares.

6.8. SISTEMA

En relación a los sistemas de servicios sociales autonómicos ya nos referimos en el capítulo anterior al estado incipiente del mismo y a las deficiencias que aún presenta en algunos aspectos. Las leyes autonómicas en este ámbito se refieren a un sistema público o de responsabilidad pública, cuyo carácter se concreta mediante la asignación de competencias a los órganos legislativos y ejecutivos para diseñar los modelos y establecer los derechos de los ciudadanos y para establecer la coordinación general, la planificación y la ordenación de dicho sistema. Esta calificación como público del sistema no impide que se establezcan formas mixtas (público-privado) para la provisión de los servicios, aunque en algún caso reservan a la gestión directa del sector público determinados servicios. Todas las Comunidades Autónomas han establecido normas mínimas y registros que deben cumplir los servicios y centros para ser autorizados y muchas han aprobado normas de acreditación para los centros que pretenden formar parte de la red pública o de responsabilidad pública mediante la concertación de servicios. Dichos sistemas están integrados por recursos, actividades, prestaciones y equipamientos dependientes de centros públicos y/o privados concertados. Muchas de las leyes autonómicas de servicios sociales regulan también el voluntariado social.

Por otra parte, las Comunidades Autónomas han desempeñado un importante papel en la creación del llamado espacio sociosanitario, con el que suelen designarse las actuaciones realizadas con componentes sanitarios y de servicios

³³ Por ejemplo, el Código de familia catalán y su normativa de servicios sociales exigen dichas aportaciones, aunque el proyecto de nueva Ley de servicios sociales no contempla ya dichas obligaciones familiares.

³⁴ «... el Gobierno en un plazo de seis meses remitirá a las Cortes un proyecto de Ley de modificación del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social en materia de pensiones por invalidez en su modalidad no contributiva, a fin de que sólo se tomen en consideración las rentas de las personas beneficiarias de la prestación y no de la unidad económica de convivencia». Intervención de la diputada del Grupo Popular Salom Coll en la sesión final del trámite de la Ley. Diario de Sesiones n. 219, O.c.,p. 11131.

sociales. Las experiencias autonómicas son diversas y oscilan entre las fórmulas de «coordinación», más o menos intensa, de las actuaciones sanitarias y de servicios sociales, a la «integración» de servicios, mediante la creación de un nuevo sistema. Desde el ámbito estatal, ya hemos comentado cómo la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del SNS se refiere, por primera vez, a la atención sociosanitaria y concretan las prestaciones sanitarias que la componen. La construcción de este espacio se ve dificultada a menudo por cuestiones de índole competencial, organizativa y financiera.

La LPAPAPD configura el SAAD como un elemento para (art. 6.1):

- Garantizar las condiciones básicas y el contenido común que establece la Ley.
- Encauzar la colaboración y participación de las Administraciones públicas.
- Optimizar los recursos públicos y privados disponibles.
- Contribuir a la mejora de las condiciones de vida de los ciudadanos.

La última redacción de esta Ley intenta atribuir al SAAD una actuación más integral («contemplará medidas en todas las áreas que afectan a las personas en situación de dependencia»; art. 12), aunque su contenido se refiere básicamente a los servicios sociales, con alguna referencia a la colaboración con los servicios sanitarios (art. 3, l), pero sin establecer ninguna disposición ejecutiva y obligatoria.

El Sistema se configura como una «red de utilización pública» coordinada, compuesta por centros y servicios públicos y privados (art. 6, 2), que deberán integrarse en las redes de servicios sociales autonómicos (arts. 3, o y 16.1), aunque la integración en la red no supondrá alteración alguna en el régimen jurídico de su titularidad, administración, gestión y dependencia orgánica (art. 6.3). Dicha red estará formada por los centros públicos de las CCAA, de las Entidades Locales y los centros de referencia estatal, así como de los privados concertados debidamente acreditados (art. 16, 1). La Ley prevé que todos los centros privados dedicados a la promoción de la autonomía y la atención a la dependencia deberán disponer de la correspondiente acreditación y que para formar parte de la red deberán suscribir además el correspondiente concierto (art. 16, 3). Esta norma, pues, consecuente con los principios de participación de la iniciativa privada y del tercer sector en la prestación de servicios (art. 3, m y n) y teniendo en cuenta la realidad de los servicios sociales actuales, diseña un sistema mixto para la prestación de los servicios, aunque para la incorporación a la red se contemplarán de manera especial los correspondientes al tercer sector (art. 16, 2). También se refiere a la promoción, por parte de los poderes públicos, de la colaboración solidaria en este ámbito, mediante la participación de las organizaciones voluntarias y de las entidades del tercer sector (art. 16, 4).

El órgano central de articulación y cooperación del SAAD es el Consejo Territorial (art. 8, 1), constituido por el titular del Ministerio de Trabajo y Asuntos

Sociales y representantes de los diferentes Departamentos ministeriales y de cada una de las CCAA, a nivel de miembro del Consejo de Gobierno, que tendrán mayoría (art. 8, 1) y la norma deja la puerta abierta a la participación de las entidades locales, en la forma y condiciones que el propio Consejo disponga (art. 12, 2).³⁵

Esta Ley, en sus artículos 9, 10 y 11, concreta la participación de la AGE, la cooperación AGE-CCAA, la participación de las CCAA y de las Entidades Locales en el Sistema, respectivamente (ver apartado 10) y se refiere especialmente a las responsabilidades sobre los distintos niveles de protección, que ya se han comentado.

Nos encontramos, pues, inicialmente ante dos sistemas: uno que crea esta Ley de ámbito estatal para la autonomía y atención a la dependencia y otros de carácter autonómico de servicios sociales en general. Debemos recordar que ambos sistemas se refieren a la materia de servicios sociales, por ello, como se ha señalado, se establece como principio la «integración de las prestaciones en las redes autonómicas de servicios sociales» en el ámbito de las competencias que tienen asumidas (art. 3, o) y más concretamente señala que los servicios de catálogo se prestarán a través de la oferta pública de la Red de Servicios Sociales por las respectivas Comunidades Autónomas mediante centros y servicios públicos o privados concertados debidamente acreditados» (art. 14.2). Es decir, la Ley se pronuncia en contra del establecimiento de dos sistemas en el territorio de cada Comunidad Autónoma y propugna claramente la integración del SAAD en el sistema autonómico de servicios sociales.

Esta integración de redes exigirá modificaciones legales y organizativas que afectarán a la terminología, la tipología de centros y servicios, los criterios de autorización y acreditación, los órganos de valoración y en general a la toma de decisiones y a las relaciones interadministrativas. Las CCAA en el nuevo sistema resultante dispondrán de menor autonomía, ya que además del respeto a la normativa básica y el régimen económico de los servicios sociales correspondientes a la seguridad social, en lo referente a la promoción de la autonomía y atención a la dependencia deberán atender las decisiones tomadas en un marco de cooperación, ya sea en el seno de un órgano multilateral (Consejo Territorial del SAAD) o de forma bilateral mediante acuerdos tomados entre la Comunidad Autónoma y la AGE, formalizados a través de convenios.

En relación al ámbito sociosanitario, consideramos que la Ley se pronuncia claramente por la «integración» de los servicios de promoción de la autonomía y de atención a la dependencia en las redes de servicios sociales autonómicos y por la «coordinación» con los servicios sanitarios, contemplando la

35 El papel de las Corporaciones locales fue objeto de debate durante la tramitación de la Ley; por ejemplo, Fernández Dávila, del Bloque Nacionalista Galego, señalaba que «las competencias políticas en materia de servicios sociales, y por tanto de política de dependencia, corresponde a las comunidades autónomas, y las corporaciones locales tienen que actuar en la gestión de estos servicios sociales que políticamente, además de por ley, definen las Comunidades Autónomas...» Diario de sesiones, n. 219, O.c., p. 11122.

posibilidad de crear órganos específicos para llevar a cabo estas tareas, aunque no lo concreta y lo remite a lo que determinen las Comunidades Autónomas (art. 11.1, c). Por otra parte, debemos recordar que la Ley General de Sanidad y especialmente la Ley de Cohesión y Calidad del SNS ya se refirieron a dicha coordinación sin que se haya cumplido.

6.9. ESTRUCTURACIÓN FUNCIONAL Y TERRITORIAL

En el capítulo anterior ya tratamos de la estructuración de los servicios sociales autonómicos en dos niveles y en la tabla 1 se resumen las principales prestaciones y centros de cada uno, en el que se comparan con las nuevas prestaciones de la LPAPAPD. También nos referimos a la organización territorial del sistema de servicios sociales. Por ello, sólo consideramos necesario resaltar dos aspectos. En primer lugar, el papel que seguramente deberá desempeñar el equipo básico de nivel primario, ya que por su proximidad y el conocimiento del territorio parece ser el idóneo para la elaboración de los PIA,³⁶ y en segundo lugar destacar la importancia que tendrán los órganos de valoración³⁷ que, mediante la aplicación de un baremo,³⁸ deberán emitir «un dictamen sobre el grado y nivel de dependencia, con especificación de los cuidados de la persona pueda requerir» (art. 27.1) y cuya composición y criterios de actuación comunes quedan pendientes de los acuerdos que se tomen en el Consejo Territorial, aunque en todo caso deberán tener carácter público (art. 27.1).

Por su parte, la LPAPAPD al configurar el Sistema no regula la estructuración territorial ni funcional, ya que al tratarse de aspectos organizativos no forman parte de las condiciones básicas que regula esta Ley. Es más, esta norma señala explícitamente que las CCAA, sin perjuicio de las competencias que le son propias, en el marco del SAAD, le corresponden las funciones de «planificar, ordenar, coordinar y dirigir, en el ámbito de su territorio, los servicios...». Las CCAA gozan en estos aspectos de amplias facultades, pero deben prever que la

36 «...los servicios sociales correspondientes del sistema público establecerán, un Programa Individual de Atención en el que se determinarán las modalidades de intervención más adecuados a sus necesidades de entre los servicios y prestaciones económicas previstos en la resolución para su grado y nivel...» (art. 29.1)

37 «Los servicios de valoración de la situación de dependencia, la prescripción de servicios y prestaciones y la gestión de las prestaciones económicas previstas en la presente Ley, se efectuarán directamente por las Administraciones Públicas no pudiendo ser objeto de delegación, contratación o concierto con entidades privadas.» (art. 28.6). Este artículo queda en suspenso, de acuerdo con la disposición transitoria segunda, durante un período máximo de seis meses desde la fecha de inicio para la presentación de solicitudes de reconocimiento.

38 «El baremo establecerá los criterios objetivos de valoración del grado de la autonomía de la persona, de su capacidad para realizar las distintas actividades de la vida diaria, los intervalos de puntuación para cada uno de los grados y niveles de dependencia, y el protocolo con los procedimientos y técnicas a seguir para la valoración de las aptitudes observadas, en su caso.» «El baremo valorará la capacidad de la persona para llevar a cabo por sí misma las actividades básicas de la vida diaria, así como la necesidad de apoyo y supervisión para su realización por personas con discapacidad intelectual y con enfermedad mental» (art. 27, 3 y 4).

aplicación de esta Ley producirá un incremento de la demanda de determinados servicios (información y orientación, valoración, domiciliarios, diurnos, residenciales, etc.) que requerirán reorganizaciones y quizás la creación de dispositivos específicos para poder afrontar eficazmente las nuevas funciones. Estas medidas deberán incluir aspectos organizativos, especialmente los relacionados con los recursos humanos, técnicos y económicos, principalmente los referentes a los citados equipos básicos del nivel primario para desarrollar los programas individuales y comunitarios, los órganos de valoración y la ampliación de los servicios y establecimientos de la red.

6.10. DISTRIBUCIÓN COMPETENCIAL

En materia de asistencia y servicios sociales la Constitución Española no reserva al Estado, en el artículo 149.1 CE, competencias explícitas en esta materia con lo que posibilita que las asuman las CCAA en sus Estatutos de Autonomía, en base a las cuales aprobaron las leyes de servicios sociales. Asimismo, se considera que al Estado le corresponden las competencias para establecer la legislación básica y el régimen económico de los servicios sociales de la Seguridad Social (art. 149.1.17ª CE), facultad que ha sido ejercida escasamente. Por otra parte, el apartado 1, 1ª de este mismo artículo, establece una competencia de carácter transversal que faculta al Estado que para garantizar la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de sus derechos y deberes constitucionales pueda regular para ello las «condiciones básicas», eventualidad que como se ha comentado ha sido la utilizada en la Ley estatal que comentamos.

Las leyes autonómicas de servicios sociales efectúan el reparto competencial interno entre los poderes legislativo y ejecutivo autonómico y las administraciones locales de su territorio. En general, a los Gobiernos autonómicos se les asignan competencias para establecer la planificación, la ordenación y la coordinación general del sistema, el establecimiento y gestión de las prestaciones económicas, subvenciones, convenios y conciertos, así como de algunos centros y servicios, etc. A las Corporaciones Locales se les atribuye competencias en programación y coordinación de servicios, fomento de la participación, etc. en su territorio, y especialmente las funciones gestoras referentes básicamente al nivel primario.

Como se ha señalado, el SAAD se configura mediante la colaboración y participación de todas las Administraciones Públicas, atribuyendo a la AGE la garantía del nivel mínimo común de protección para todos los beneficiarios del sistema, con independencia del lugar de residencia en España (art.1.1 y 9) y establece su participación en las funciones del Consejo Territorial (arts. 8 y 10) conjuntamente con las CCAA y, en su caso, las Entidades Locales (art. 12).

El Gobierno, oído el Consejo Territorial del SAAD, determina el «nivel mínimo de protección garantizado» (art. 9.1) y aprueba, mediante Real Decreto, los criterios establecidos por el citado Consejo para determinar la intensidad protectora de los servicios del Catálogo y la compatibilidad e incompatibilidad de los

mismos (art. 10, 3), así como los baremos para valorar el grado y niveles de dependencia (art. 27, 2). Asimismo, participará en el Consejo Territorial del SAAD y negociará y, en su caso, acordará los convenios anuales o plurianuales (art. 32, 3), que deberán contener: a) aportaciones del Estado derivadas de la garantía el nivel mínimo de protección (art. 10, 4); b) objetivos, medios y recursos para la aplicación de de los servicios y prestaciones de atención del SAAD, incrementando el nivel mínimo de protección fijado por el Estado (art. 10, 2); c) financiación que corresponda a cada Administración y los términos y condiciones para su revisión (art. 10, 4); d) aplicación de los criterios de reparto.

A las CCAA les atribuye en su territorio, sin perjuicio de las competencias que le son propias y en el marco del SAAD, las funciones siguientes: a) planificar, ordenar, coordinar y dirigir los servicios; b) gestionar los servicios y recursos necesarios para la valoración y atención a la dependencia; c) establecer los procedimientos de coordinación sociosanitaria y creando, en su caso, los órganos de coordinación para garantizar una efectiva atención; d) crear y actualizar el Registro de centros y servicios y facilitar la acreditación que garantice los requisitos y estándares de calidad; e) asegurar la elaboración de los programas individuales de atención; f) inspeccionar y, en su caso, sancionar los incumplimientos; g) evaluar periódicamente el funcionamiento del Sistema; h) aportar a la AGE la información necesaria para la aplicación de los criterios de financiación (art. 11, 1); i) establecer el régimen jurídico y las condiciones de actuación de los centros privados concertados (art. 16, 2).

Respecto a la participación local, esta Ley la refiere a la «gestión de los servicios» dentro de las competencias que la legislación vigente les confiere (art. 12).

La LPAPAPD crea el Consejo Territorial como órgano central de articulación y cooperación del Sistema. Esta Ley no regula las normas de funcionamiento ni determina quien ocupará la Presidencia de este órgano de cooperación multilateral, cuestiones que deja en manos del propio Consejo (art. 8, 2, último párrafo), pero sí que confiere al citado Consejo funciones fundamentales para el desarrollo y concreción de la Ley, como se desprende de la siguiente síntesis de las mismas: a) acordar el marco de cooperación interadministrativa; b) establecer los criterios para determinar la intensidad de la protección; c) acordar las condiciones y cuantía de las prestaciones económicas; d) adoptar los criterios de participación del beneficiario en el coste de los servicios; e) acordar el baremo, los criterios básicos y los órganos de valoración: «acordar unos criterios comunes de composición y actuación de los órganos de valoración, que en todo caso tendrán carácter público» (art. 27, 1); f) acordar planes, proyectos y programas conjuntos; g) adoptar criterios comunes de actuación y evaluación del Sistema; h) facilitar documentos, datos y estadísticas comunes; i) establecer mecanismos de coordinación para el caso de personas desplazadas; j) informar la normativa estatal de desarrollo de la Ley; k) servir de cauce de cooperación, comunicación e información entre las administraciones públicas; l) acordar criterios de calidad y seguridad, los indicadores de calidad, las guías de buenas prácticas y las cartas de servicios (arts. 8.2 y 34.3).

Esta distribución competencial entre el Estado y las CCAA y las formas de cooperación inciden sin duda en las normas y organización autonómicas y, por tanto, exigen, en cuanto se trata de condiciones básicas, adaptaciones del cuadro actual de reparto de competencias. La nueva distribución supone, como se ha señalado reiteradamente, una restricción de las capacidades competenciales autonómicas en servicios sociales, ya que ahora importantes decisiones son compartidas en el seno del Consejo Territorial o acordadas con la AGE y formalizadas en convenios. Sin embargo, estos ajustes no están exentos de dificultades, ya que los cambios a introducir aunque no tienen un alcance general, sino que se refieren exclusivamente a los referentes a la promoción de la autonomía y atención a la dependencia, exigirán para evitar disfunciones y posibles discriminaciones un replanteamiento global de todo el sistema. Seguramente también tendrán impacto en la distribución competencial interna, ya que la programación, coordinación y gestión de muchos de los servicios del catálogo y, en su caso, la tramitación de algunas prestaciones económicas corresponderá a las Administraciones Locales y deberá, por tanto, concretarse su participación y funciones, las formas de financiación y establecer mecanismos que garanticen la igualdad.

6.11. PARTICIPACIÓN

Todas las leyes de servicios sociales establecen canales de participación a través del establecimiento de órganos de naturaleza básicamente consultiva, que se estructuran generalmente en tres niveles: autonómico, local y de centro o servicio. En muchos casos dependen de ellos órganos de carácter sectorial (familia, infancia, vejez, discapacidad, etc.). En dichos consejos acostumbra a participar representantes de las Administraciones Públicas autonómica y local, asociaciones y federaciones que actúan en los servicios sociales, de los usuarios de los servicios, entidades prestadoras y colaboradoras, de los profesionales, agentes sociales (sindicatos, organizaciones empresariales) y otras de carácter general (asociaciones de vecinos, etc.).

La LPAPAPD establece el principio general de «participación de las personas en situación de dependencia y, en su caso, de sus familias y entidades que les representen, en los términos previstos en esta ley» (art. 3, k). A nivel individual ya hemos comentado la ausencia explícita del principio de elección, aunque figura dicha posibilidad en el proceso de elaboración del PIA.³⁹

También establece fórmulas de participación representativa en el Capítulo V del Título II, que se refieren a los órganos consultivos del SAAD, distinguiendo entre el Comité Consultivo que crea (art. 41) y los órganos consultivos existentes (art. 42). En todo caso, su naturaleza es asesora y consultiva. El nuevo «Comité Consultivo» está adscrito al Ministerio de Trabajo y Asuntos Socia-

³⁹ Para la elaboración del programa debe contarse «con la participación previa consulta y, en su caso, elección entre las alternativas propuestas del beneficiario y, en su caso, de las familias o entidades tutelares que le represente» (art. 29.1).

les, tiene una composición tripartita (Administraciones Públicas: estatal, autonómica y local, organizaciones empresariales y las sindicales) y se le encomiendan las funciones siguientes: informar, asesorar y formular propuestas.

Por otra parte, considera órganos consultivos de participación institucional del SAAD, además del citado Comité Consultivo, al Consejo Estatal de Personas Mayores, al Consejo Nacional de la Discapacidad y al Consejo Estatal de Organizaciones no Gubernamentales de Acción Social. Se les asignan las mismas funciones señaladas para el Comité Consultivo.

Esta nueva Ley se refiere a órganos consultivos establecidos a nivel estatal, que parecen compatibles con los establecidos o que puedan crearse a nivel autonómico. La presencia de representantes autonómicos y locales, así como la representación autonómica en las entidades de mayores, de la discapacidad y de las ONGs, respectivamente, en el citado consejo y órganos consultivos deberán posibilitar el intercambio de información y la coordinación.

6.12. CONSIDERACIONES FINALES

Los resultados del análisis prospectivo expuesto parecen indicar que el impacto de la LPAPAPD en los servicios sociales de las CCAA es significativo, tanto por los aspectos afectados –prácticamente incide en todos los estudiados–, como por la profundidad de los cambios.

Recordemos que dicha Ley regula las «condiciones básicas» que deben garantizar la igualdad en el ejercicio del derecho subjetivo a la promoción de la autonomía personal y atención a las situaciones de dependencia, mediante la creación del SAAD y el establecimiento de servicios sociales para este colectivo. El carácter de condición básica significa que sus normas entran a formar parte del cuerpo normativo aplicable a los servicios sociales autonómicos y, por ello, el ejercicio de sus competencias deberá sujetarse a las disposiciones establecidas en la LPAPAPD y, consecuentemente, a las decisiones que se adopten en el seno del Consejo Territorial del SAAD y las que sean pactadas por cada Comunidad Autónoma con la AGE, formalizadas mediante los correspondientes convenios. Nos hallamos, pues, ante cambios legislativos importantes, pero también ante una nueva forma de ejercer las competencias, ya que una parte de ellas –las referentes a los servicios sociales relacionados con la promoción de la autonomía y las situaciones de dependencia– queda sujeta a lo que determinan las condiciones básicas y a las decisiones que se adopten a través de los citados mecanismos de la cooperación interadministrativa.

La operación de recepción de la LPAPAPD y su encaje en los servicios sociales autonómicos será compleja y requerirá cambios significativos que inciden en los aspectos legislativos, organizativos y financieros. Aunque ya nos hemos referido ampliamente en las páginas anteriores a los posibles efectos de esta Ley en las normas autonómicas para concluir señalamos, a modo de resumen, los principales aspectos que consideramos implican cambios o que al menos exigirán alguna revisión y posibles replanteamientos:

a) Legislativos

- Inclusión del concepto de derecho subjetivo, incorporando los reconocidos en la LPAPAPD.
- Revisar los posibles efectos discriminatorios que pueda tener la recepción de los derechos para las personas en situación de dependencia para los otros colectivos, estableciendo ajustes para garantizar la igualdad.
- Regular la integración de las prestaciones y servicios del SAAD en las redes públicas de servicios sociales, estableciendo los requisitos para la acreditación y los criterios para establecer conciertos.
- Determinar un catálogo general de servicios que incluya los reconocidos para las personas en situación de dependencia y los que puedan corresponder a otros colectivos.
- Revisar y, en su caso, adaptar la normativa de las prestaciones económicas reconocidas por las CCAA y las gestionadas por ellas.
- Incorporar, sistematizar y ajustar los derechos y deberes de los usuarios de los servicios sociales.
- Unificar y ajustar los sistemas de infracciones y sanciones.
- Revisar las normas relativas a las aportaciones de los usuarios y sus familias.
- Reordenar la distribución competencial entre la AGE, el Consejo Territorial, la Administración Autonómica y la Local, de acuerdo con la LPA-PAPD.
- Revisar las formas de participación individual, especialmente la capacidad de elección, y las funciones otorgadas a los órganos colectivos de participación autonómicos.

b) Organizativos

- Integrar y adaptar los servicios de los sistemas autonómicos de servicios sociales y del SAAD en las redes públicas autonómicas.
- Crear y organizar los órganos de valoración y capacitar a los profesionales.
- Asignar la función de elaboración de los PIA a los equipos de servicios sociales.
- Establecer sistemas operativos y, en su caso, órganos de coordinación de los servicios sociales con los sanitarios.
- Adaptar los procedimientos y órganos administrativos para la tramitación y reconocimiento de los derechos determinados en la LPAPAPD.
- Establecer medidas para garantizar la calidad en la prestación de los servicios, el seguimiento y evaluación de las prestaciones y las actuaciones contra el fraude.
- Determinar las cualificaciones profesionales y diseñar y promocionar los programas de formación y capacitación de los profesionales y los cuidadores.

- Fomentar la oferta de servicios y estructurar una red suficiente para garantizar el derecho a acceder a los servicios del catálogo.
- Establecer medidas operativas para garantizar la igualdad de derechos y deberes de los ciudadanos, con independencia del lugar de residencia en la Comunidad Autónoma.

c) Financieros

- Realizar estudios económicos para determinar los costes de la aplicación de la nueva Ley y las fuentes de financiación.
- Examinar los presupuestos para ajustar sus partidas a la LPAPAPD y concretar los créditos disponibles para establecer los convenios con la AGE.
- Estudiar las posibilidades para crear un tercer nivel de protección adicional propio, concretando, en su caso, la naturaleza de las prestaciones que incluiría y los requisitos de acceso.
- Revisar los aspectos relacionados con las fuentes de financiación, especialmente las contribuciones de las Corporaciones Locales y las aportaciones de los usuarios y sus familias.

Como puede apreciarse, las modificaciones y revisiones que exige la recepción de la LPAPAPD en el ámbito autonómico son amplias y profundas. Por ello, consideramos que posiblemente la opción más razonable, dada la complejidad técnica y la necesidad de garantizar la seguridad jurídica, fuera plantear la elaboración de nuevas leyes de servicios sociales. Podría, para ello, abrirse un proceso sosegado que, partiendo de la evaluación de la experiencia de más de 20 años de aplicación de dichas leyes, posibilitara debates participativos sobre los conceptos y planteamientos de la LPAPAPD y de las normas de desarrollo que se dicten, así como sobre las nuevas necesidades y problemáticas que han surgido en los últimos años, no sólo las derivadas de las situaciones de dependencia, con el fin de alcanzar el máximo consenso posible y seguir el proceso de perfeccionamiento y consolidación de los servicios sociales.

III. PROPUESTAS DE MEJORA

7. ELEMENTOS DE DIAGNÓSTICO TÉCNICO E INSTITUCIONAL DE LOS SERVICIOS SOCIALES EN ESPAÑA Y PROPUESTAS PARA SU MEJORA

Fernando Fantova

Consultor social
www.fantova.net

7.1. INTRODUCCIÓN

La pretensión que tenemos en las siguientes páginas es la de aproximarnos a un diagnóstico acerca de la situación de los servicios sociales en España en lo que tiene que ver con su configuración técnica e institucional en virtud de las correspondientes políticas sociales¹ y, consecuentemente, hacer algunas propuestas para su mejora. Para ello hemos revisado (y vamos a intentar hacer una recensión de) algunas aportaciones recientes que de forma más directa o más indirecta nos pueden ayudar a hacernos cargo de algunos de los perfiles de dicha situación, así como de vías para el avance a partir de ella. Algunas de las fuentes, como se verá, adquirirán centralidad en nuestro desarrollo y otras se utilizarán de modo auxiliar. La revisión de documentación (siempre reciente) a partir del marco de referencia compartido en este informe y la identificación de redundancias nos ha llevado a descartar algunas fuentes, utilizar otras como contraste y, finalmente, seleccionar aquellas a las que hemos dado más peso en la exposición, sin que ello suponga un juicio ni siquiera implícito sobre el valor que cada una de las contribuciones (mencionadas en la bibliografía) pueda tener.

Entendemos que todo diagnóstico es una evaluación, es decir, una descripción, análisis y valoración de alguna realidad o fenómeno (Fantova, 2005: 124). Para este al que pretendemos aproximarnos, vamos a servirnos de información secundaria (es decir, no vamos a ir a los servicios sociales realmente existentes en busca de información) y, fundamentalmente, de información cualitativa, de descripciones, análisis y valoraciones (más o menos sistemáticos, más o menos explícitos) que personas expertas e instituciones de referencia

¹ Recordando que, como dijeron Herrera y Castón (2003: 28), las políticas sociales no se agotan en las políticas públicas y entendiendo que contienen las diferentes decisiones de los distintos agentes relevantes que afectan a la configuración de las prestaciones y organizaciones de las diferentes ramas de actividades que afectan al bienestar social (en el caso que nos ocupa, de los servicios sociales).

han hecho en los últimos años en relación más o menos directa con los servicios sociales españoles. Más bien se trata de una suerte de metaevaluación o metadiagnóstico, en la medida en que nos vamos a basar, fundamentalmente, en los juicios (o propuestas) que diversas personas e instituciones han hecho recientemente sobre la realidad o el entorno de nuestros servicios sociales.

El diagnóstico al que pretendemos aproximarnos en las próximas páginas pretende ser coherente con el enfoque técnico o metodológico del informe del que forma parte, que no se orienta a señalar *cuánto* se necesita, se demanda, se hace o hay que hacer, sino a algo previo y más fundamental: *qué* se hace o habría que hacer y *cómo* o con qué instrumentación técnica e institucional. Aunque puedan aparecer referencias colaterales al respecto, no nos ocupamos en este momento de la suficiencia efectiva de los servicios sociales (en relación con la demanda existente o previsible) sino, más bien, de su pertinencia e idoneidad, de la coherencia de su diseño técnico e institucional en un contexto determinado. Lógicamente, entendemos que sería muy interesante que, a partir de las hipótesis que puedan alumbrarse en este texto (o extraerse de él), pudieran abordarse investigaciones de corte más cuantitativo y capaces de obtener información primaria actualizada en un panorama tan fragmentado y tan falto de ese tipo de estudios como es el de nuestros servicios sociales.

Por lo demás, como se verá, de forma muy natural, junto a los elementos de diagnóstico irán emergiendo propuestas de mejora.

En primer lugar, vamos a detenernos en algunas aportaciones recientes de estudiosas y estudiosos del Estado de bienestar en España que prestan especial atención a los servicios sociales. Nos fijaremos singularmente en los estudios sobre la reestructuración del Estado de bienestar de Gregorio Rodríguez Cabrero o en las investigaciones sobre la *malla de seguridad o última red* llevadas a cabo desde el Consejo Superior de Investigaciones Científicas por Luis Moreno, entre otras investigadoras e investigadores.

A continuación queremos revisar algunas aportaciones que se centran, específicamente en la rama de los servicios sociales. Recogeremos, por una parte, los análisis y propuestas de Demetrio Casado, en la actualidad director del Seminario de Intervención y Políticas Sociales; por otra, reflexiones, como el manifiesto de Talavera de la Reina, realizadas desde el mundo del trabajo social o la dirección o gerencia de centros de servicios sociales; y, por último, una aportación desde el mundo académico universitario, la de Natividad de la Red.

Junto a la dependencia funcional, posiblemente sea la exclusión social la gran situación o fenómeno con más fuerte relación con las necesidades a las que se ven llamados a dar respuesta (junto con otras ramas, sistemas o dispositivos) los servicios sociales hoy en España. Por ello vamos a dedicar el cuarto apartado de nuestro texto a revisar algunas aportaciones recientes sobre la exclusión social en España y las intervenciones al respecto, como el V informe FUEM de políticas sociales o diversos estudios liderados por Joan Subirats. En este apartado, como en el siguiente, dedicado a la dependencia, nos ocupamos de aportaciones que, aunque no se refieren de forma directa o exclusiva a los servicios sociales, deben aportarnos información y pistas interesantes para el

diagnóstico y las propuestas que deseamos hacer. En ocasiones se menciona la desprotección infantil (más o menos asociada a la vulnerabilidad de las familias) como un tercer gran reto para los servicios sociales, por lo que recibirá también atención tanto en este capítulo como en otros del libro².

En el quinto apartado de este texto vamos a tomar en consideración el proceso (y algunos de los *productos* documentales relevantes) relacionado con la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, aprobada en diciembre de 2006. Tratándose de una ley que se refiere, fundamentalmente, a servicios sociales y siendo, en general, las situaciones de dependencia uno de los principales objetos de atención por parte de los servicios sociales, entendemos que la revisión de dicha documentación (como el *Libro Blanco*, la propia Ley o el estudio sobre dependencia y servicios sociales elaborado por Pilar Rodríguez para la Fundación Alternativas) puede servir de ayuda para aproximarnos a ese diagnóstico técnico e institucional de los servicios sociales que queremos realizar. No en vano se ha afirmado que será esta ley la que lleve a los servicios sociales públicos a configurarse como el *cuarto pilar* de nuestro Estado de bienestar, afirmación cuya plausibilidad intentaremos, en alguna medida, calibrar. En este apartado introduciremos también alguna consideración sobre la cuestión sociosanitaria.

Para terminar, analizaremos alguna documentación producida en los procesos de preparación de nuevas leyes de servicios sociales en diversas Comunidades Autónomas como Cataluña, Navarra, País Vasco y Galicia. En la medida en que se trata de iniciativas, más o menos avanzadas, de modificación del diseño político de los servicios sociales en las respectivas comunidades, esperamos obtener también en esas fuentes información interesante para aproximarnos al diagnóstico técnico e institucional y a las propuestas de mejora que queremos hacer. De igual modo, la revisión de esta documentación nos servirá para comprobar en qué medida hay o no hay en esos procesos de modificación legislativa una recepción de los planteamientos y aportaciones revisados con anterioridad.

Podría decirse que, entre las fuentes seleccionadas, algunas (apartados 4 y 5) se colocan más bien *del lado de la demanda* (o, si se prefiere, de la necesidad) y otras (apartados 2, 3 y 6) más bien *del lado de la oferta* (actual o futura). A la hora de revisar esta documentación vamos a intentar fijarnos, sobre todo, en aspectos como los siguientes:

- Conceptualización de los servicios sociales.
- Objetivos y enfoques permanentes.

2 Como se verá más adelante, nos encontramos en un momento de cambio en relación con la manera de segmentar a las destinatarias y destinatarios de los servicios sociales. Con todo, la edad siempre va a ser, a nuestro juicio, un criterio de segmentación fundamental en este tipo de servicios. En cuanto a lo que tiene que ver con la familia, desde nuestro punto de vista, la dimensión familiar atraviesa y debe atravesar (al menos en alguna medida) toda la política de servicios sociales y cualquier intervención en servicios sociales, con independencia de que sólo algunos servicios sociales tienen como destinatarias a las familias como tales (Fantova, 2004).

- Cartera de prestaciones y servicios.
- Organización y gestión.
- Régimen financiero.
- Régimen jurídico.

Esta parte del volumen, que, como hemos dicho, se edifica sobre el marco conceptual que aportan partes anteriores del informe, tiene la función de establecer el cuadro de referencias al que se atenderán o en el que profundizarán las propuestas que se formularán en el resto de la cuarta parte de la obra. Pretende tener, por decirlo gráficamente, una función de bisagra dentro del informe.

Entendemos que la calidad de las fuentes seleccionadas permite, tal como anunciamos en el título, ofrecer elementos para un diagnóstico técnico e institucional de los servicios sociales españoles y propuestas de mejora. Como hemos dicho, aparte de las fuentes a las que se prestará una atención especial, nos serviremos de otras (mencionadas en la bibliografía) y de la información compartida en el Seminario, dirigido por Demetrio Casado, que da origen al volumen del que forma parte este texto. Como no podría ser de otra manera, el autor asume, finalmente, la responsabilidad en relación con aquello que recoge y escribe (y particularmente sobre los comentarios que va agregando al hilo de la presentación de las fuentes y de sus consideraciones y conclusiones finales), sometiéndose al juicio de las lectoras y lectores, en el marco del diálogo de la comunidad científica, institucional y profesional interesada por los servicios sociales en nuestro país.

7.2. ESTADO DE BIENESTAR Y SERVICIOS SOCIALES

En este apartado vamos a referirnos a aproximaciones que intentan analizar el conjunto del sistema de bienestar o protección social, prestando atención más explícita y directa o más implícita e indirecta, a los servicios sociales.

7.2.1. Las aportaciones de Gregorio Rodríguez Cabrero

Entre las estudiosas y estudiosos de referencia en lo que tiene que ver con las políticas sociales y el Estado de bienestar en España, Gregorio Rodríguez Cabrero es, sin duda, uno de los que más atención singular ha venido prestando a los servicios sociales como tales. Rodríguez Cabrero enmarca su abordaje de la realidad de los servicios sociales en su aproximación a los procesos de reestructuración de los sistemas de bienestar, tanto en España como en el conjunto de Europa.

Refiriéndose a los servicios sociales en España, Rodríguez Cabrero afirma que constituyen en España un sistema de protección social de reciente implantación en el tiempo, por más que la asistencia social y la acción social tengan una larga e importante tradición histórica, ya que ésta casi siempre ha estado asociada ideológicamente a la beneficencia, institucionalmente fragmentada y constreñida por su discrecionalidad administrativa relativa y su limitado impacto so-

cial. Todo lo cual ha redundado en un sector de acción pública residual, de muy baja imagen social y científica y dudosa efectividad social (Rodríguez Cabrero, 2004: 187).

Para este autor, «en la perspectiva histórica, lo que hoy denominamos como sistema de servicios sociales es la consecuencia de un largo proceso de cambio ideológico, institucional y corporativo que se relaciona profundamente con la constitución histórica del Estado de bienestar en España y que podemos concretar de manera tentativa en cuatro etapas:

- a) Una primera etapa de crisis del modelo residual y benéfico de servicios sociales que tiene lugar durante la década de los años 70 y que tiene sus principales hitos en la constitución y crecimiento de los servicios sociales de la Seguridad Social, la constitucionalización de los derechos sociales –y entre ellos de la asistencia social– y en el primer esfuerzo de profesionalización de los servicios sociales (antes asistentes sociales, ahora dignificados como trabajadores sociales) (...).
- b) La segunda etapa, que discurre a lo largo de los años 80, es la etapa de institucionalización de los servicios sociales como creación de un sistema más de protección social (...). A esta institucionalización contribuyen la creación de departamentos municipales de servicios sociales (...), la aprobación de leyes de servicios sociales en todas las Comunidades Autónomas (...) y la creación de Planes Nacionales (Drogas, Igualdad, Plan Concertado) (...). No se trata solamente de un proceso de institucionalización y sistematización relativa de los servicios sociales sino, también, de reconceptualización sobre sus fines, medios y carácter científico y que, en conjunto, podremos definir como la transición de un sistema benéfico residual y paliativo a otro de tipo activo y generador de bienestar social.
- c) Una tercera etapa es la que arranca con el inicio de los años 90 (...), etapa de consolidación relativa y crítica del sistema de servicios sociales (...) [con] limitada capacidad de los servicios sociales para actuar frente a la extensión de la exclusión social (...). En esta etapa tiene lugar la expansión de las organizaciones voluntarias de acción social y la entrada de las empresas mercantiles en los nuevos servicios sociales (como la ayuda a domicilio).
- d) [En] la última etapa (...) desde el año 2000 (...) se plantea la necesidad de universalizar una serie de prestaciones sociales básicas (...) bajo la presión de nuevas necesidades que afectan a grandes colectivos de ciudadanos, como es el caso de la dependencia. Las nuevas leyes de servicios sociales del año 2003 (Principado de Asturias y Comunidad Autónoma de Madrid) se sitúan en esta dirección de universalización de los servicios sociales (...). Se ha consolidado un sistema mixto de producción de servicios (si bien este sector históricamente se ha caracterizado por ser un sistema mixto)» (Rodríguez Cabrero, 2004: 187-189).

Para Rodríguez Cabrero, la función histórica de los servicios sociales «ha estado aparejada siempre a la gestión de los costes sociales más agudos de la modernización capitalista (...), su función consiste en paliar los fallos y carencias de los sistemas (...) Es, por ello, que los servicios sociales han tenido un desarrollo importante durante la década de los 80, precisamente en ese doble contexto (...). Se han agudizado las tensiones entre su orientación universalista y su naturaleza de servicios orientados a luchar contra la marginación y la exclusión, entre su dimensión de servicio público y la necesaria personalización que exige la intervención social para los colectivos y personas con problemas, entre su pretensión de producción de bienestar social y la realidad de su asistemática subsidiariedad» (Rodríguez Cabrero, 2004: 191).

Mirando hacia el futuro, Rodríguez Cabrero avizora dos problemas, «el primero, en qué medida la concepción universalizadora de los servicios sociales (...) sustituye o encubre al necesitado por el ciudadano «medio» (...). En segundo lugar, en qué medida la inevitable burocratización de los servicios sociales (...) supone crear una cultura organizativa en la que lo corporativo viene a primar sobre lo comunitario y la dimensión estatal sobre la dimensión civil. Si como parece esta doble tensión caracteriza en la actualidad a los servicios sociales, de su resolución en un sentido o en otro, o en fórmulas mixtas, dependerá la naturaleza y contenidos de los servicios sociales» (Rodríguez Cabrero, 2004: 193).

En síntesis, Rodríguez Cabrero considera que «se han producido importantes avances en el proceso de reconstrucción de los servicios sociales: cambios constitucionales y jurídicos que han favorecido la expansión de los servicios sociales; un crecimiento notable de los recursos humanos en este sector; la creación de una red municipal de servicios sociales generales, aún insuficiente; la constatación de que los servicios sociales aun siendo utilizados por toda la población discriminan a favor de lo más necesitados; y como su efectividad, en caso de los pobres, es relativamente positiva» (Rodríguez Cabrero, 2004: 218). Sin embargo, igualmente, constata elementos preocupantes como son los de «la elevada precariedad en el empleo, el carácter excesivamente informativo de los Centros de Servicios Sociales en detrimento de funciones como la integración social, la debilidad del derecho a los servicios sociales y la escasa entidad del gasto público en esta rama protectora. A lo que hay que añadir la falta de imagen social del sector y la presión social e institucional que sufre un sector cuyos fundamentos teórico-ideológicos son aún precarios y fragmentarios. El sistema actual de servicios sociales es un sistema mixto por su historia, evolución reciente y por el tipo de necesidades que trata de satisfacer. Pero a este sistema mixto le falta universalidad en cuanto a derechos, intensidad protectora en cuanto a contenido, equidad territorial en cuanto a recursos y requisitos de accesibilidad y una elevada capacidad de coordinación interna y con otros dispositivos protectores» (Rodríguez Cabrero, 2004: 218-219).

Quizá valga la pena comparar (para ver similitudes y diferencias) las características de «privatismo dependiente, descentralización subordinada, diversidad grupal ampliada y bajo nivel de cobertura» (Rodríguez Cabrero, 2000: 13)

que Rodríguez Cabrero atribuye al sector de los servicios sociales en España con la caracterización del modelo emergente en este mismo campo que hace Ranci³ para el conjunto del ámbito europeo, que se caracterizaría por:

- «el intento de combinar intervenciones de transferencia monetaria a las familias con prestaciones de servicios finales con el fin de sostener el trabajo familiar e informal de cuidado (*cash and care*);
- la introducción de una distinción cada vez más clara entre las funciones de financiación (que queda en el Estado, aunque haya una diversidad de fórmulas previstas de financiación), la de encargo o adquisición (que viene, plenamente o parcialmente, conferida a los ciudadanos) y la de la gestión (que viene descentralizada a agencias privadas, sean lucrativas o no lucrativas);
- la introducción de mecanismos competitivos y de formas de regulación contractual en la relación entre financiadores, compradores y proveedores;
- la concesión de una mayor capacidad de elección a los ciudadanos, a través de la atribución de un mayor poder de adquisición (bajo la forma de asignaciones de cuidado –*assegni di cura*– o de *vouchers*) y el alistamiento de procedimientos de acompañamiento y de consulta dirigidos al empoderamiento de los sujetos más desventajados;
- la introducción de medidas de soporte económico (sea de parte de la demanda o de parte de la oferta) dirigidas a sostener el incremento y la pluralización de servicios disponibles, así como a la regularización y la profesionalización de los prestadores de servicio;
- el intento de realizar, bajo esta nueva base de regulación, un significativo incremento del abanico de beneficiarios, si no con una cobertura universal, sí, al menos, capaz de responder al crecimiento de las necesidades de atención» (Ranci, 2001: 34-35).

Por decirlo de una manera gráfica y breve, podríamos quedarnos con la imagen de unos servicios sociales que, en otros países europeos, están *de vuelta* (explorando, según retrata Ranci, fórmulas para introducir mecanismos de mercado y medidas para la activación de la comunidad en el ámbito de los servicios sociales públicos), cuando los españoles todavía están *de ida*, quizá lenta y contradictoriamente, según lo reflejan los análisis de Rodríguez Cabrero.

3 Lethbridge, por su parte, se refiere a la transformación de estos servicios en Europa, traccionada fundamentalmente, a su juicio, por la preocupación por el incremento del gasto en dependencia. Así, afirma, emergen fenómenos como nuevos esquemas de aseguramiento, transferencia de servicios desde el sector público al privado y al voluntario (aún manteniéndose financiación pública y en buena medida municipal), crecimiento de los servicios de asistencia domiciliaria, pagos directos desde el sector público a las personas y familias para que ellas compren los servicios, incipiente maduración de los mercados a partir de situaciones fragmentadas con pocas grandes empresas y muchas pequeñas (Lethbridge, 2005: 3).

7.2.2. El estudio de la «malla de seguridad»

En esta aproximación a un diagnóstico sobre los servicios sociales españoles, queremos prestar atención también a las investigaciones y análisis que, bajo la dirección de Luis Moreno, se están realizando en el Consejo Superior de Investigaciones Científicas. No se trata de estudios que aborden, como tal, el campo de los servicios sociales sino la que denominan *malla de seguridad* o *última red* de protección social, que en parte coincide y en parte no coincide, como veremos más adelante, con los servicios sociales.

Uno de los conceptos clave para enmarcar el trabajo de estas estudiosas y estudiosos es el de *nuevos riesgos sociales*, que serían el resultado de cambios sociales y económicos asociados con la transición a la sociedad postindustrial (transformaciones de los modelos familiares, modificación de la estructura demográfica de las sociedades, flexibilización del mercado laboral, remercantilización de la respuesta a las necesidades sociales y reestructuración del Estado de bienestar, entre otros). La emergencia de necesidades asociadas a los nuevos riesgos sociales, dirá Moreno, tiene lugar en paralelo con el mantenimiento (con más o menos cambios) de las vinculadas con los riesgos que, tradicionalmente, venían cubriendo los sistemas de bienestar o protección social.

Según Moreno, en las respuestas desde los sistemas de bienestar a estos nuevos riesgos sociales, en términos generales, se está apreciando, en Europa, un mayor énfasis en la activación⁴ individual y la condicionalidad de las prestaciones. Por lo demás, en general, «los actores tradicionales están más involucrados y organizados en los procesos de reforma que los más inmediatos afectados por los nuevos riesgos sociales» (Moreno, 2005: 13) y «existen nuevas oportunidades para una mayor implicación de la Unión Europea (...) mediante la aplicación del Método Abierto de Coordinación» (Moreno, 2005: 13).

Moreno y sus colaboradoras y colaboradores denominan *última red* o *malla de seguridad* (en inglés *safety net*) al conjunto de recursos y medios que pretenden proporcionar unos mínimos de subsistencia e inserción a las personas (o grupos poblacionales) que, en una sociedad determinada, se encuentran en situación de mayor precariedad. Estos recursos y medios se institucionalizan de manera diferente en cada país, pero suelen estar sometidos a la comprobación de medios (*means-tested*) y contemplar, al menos, algún tipo de renta mínima, eventualmente junto a prestaciones o actividades propias de los servicios socia-

4 La cuestión de las *políticas de activación* ha sido estudiada en España, en lo que tiene que ver con las rentas mínimas, por Begoña Pérez Eransus, quien utiliza el término para toda política que surge a partir de la preocupación por el hecho de que personas capaces de trabajar no lo hagan, beneficiándose de prestaciones sociales, y tienen como objetivo favorecer la inserción laboral de estas personas (Pérez Eransus, 2005: 21). Como reflexión final tras examinar la introducción de medidas de activación en los programas españoles de rentas mínimas, Pérez Eransus señala que «la falta de disponibilidad para el trabajo debido a la presencia de cargas familiares no compartidas, la presencia de problemáticas relacionadas con la salud no reconocidas como incapacitantes, la discriminación laboral de los mayores de 45 años o la ausencia de oportunidades de trabajo se constituyen en obstáculos a la inserción laboral ajenos a la toma de decisiones individual» (Pérez Eransus, 2005: 301).

les (Moreno, 2002: 13). Para Arriba, en España, son «las principales características de esta última protección (...) (a) fragmentación en diferentes sistemas de protección (desempleo, pensiones, servicios sociales); (b) subsidiariedad respecto de otras prestaciones; (c) baja intensidad protectora y (d) descentralización en diferentes niveles de la administración pública (principalmente al nivel regional, es decir, de las Comunidades Autónomas)» (Arriba, 2005: 124).

Refiriéndonos específicamente a los servicios sociales, estas autoras y autores afirman que la emergencia de los nuevos riesgos sociales está llevando a las fuerzas más activas en los procesos de reforma del bienestar a tomar conciencia de la importancia de esta rama del bienestar social y a comprender que los servicios sociales deben adquirir un mayor peso específico en el seno de los sistemas de protección social (Moreno, 2003: 3). Ello exigiría un esfuerzo especial a España y a otros países de la Europa meridional que han mantenido un perfil bajo en este ámbito, entre otras razones, por la morosidad e ineficiencia de las instituciones públicas, en particular ante prestaciones selectivas cuya gestión se vuelve especialmente compleja en contextos de economía parcialmente formalizada (Moreno, 2003: 4-5).

Moreno, por otra parte, ha acuñado el término «supermujeres» (Moreno, 2002) para referirse a quienes se han venido encargando en nuestras sociedades del cuidado de niños y niñas, personas en situación de dependencia, personas enfermas y así sucesivamente. Sin embargo señala que «nuevos patrones emergentes en la Europa mediterránea de una índole egocéntrica e individualística contribuyen a lo que se entrevé como progresiva desaparición del fenómeno de las supermujeres. Estilos de vida importados del modelo neoliberal y globalizador de corte anglosajón han modificado enfoques vitales característicos del mundo cultural mediterráneo. Así, para las generaciones más jóvenes el amor y el afecto no implican necesariamente proyectos en común para toda la vida, ni renuncias a las carreras profesionales, las cuales han pasado a ocupar un lugar prioritario en proyectos vitales y trayectorias biográficas de las jóvenes generaciones» (Moreno, 2002: 54). De ahí la importancia de la contribución de los servicios sociales tanto a la conciliación entre la vida familiar, laboral y personal como a la igualdad entre mujeres y hombres.

7.3. REFORMA DE LOS SERVICIOS SOCIALES

En este apartado vamos a recoger, en primer lugar, la aportación de Demetrio Casado, protagonista y observador privilegiado del itinerario de los servicios sociales españoles desde los años sesenta del pasado siglo. Posteriormente nos referiremos a análisis y valoraciones que han emergido desde el entorno de los colegios profesionales de trabajo social y el asociacionismo de personas con responsabilidades de dirección y gestión en centros y programas de servicios sociales. Por último revisaremos la aportación de Natividad de la Red en relación con la intervención integral en los servicios sociales.

7.3.1. Demetrio Casado

Son muchas las contribuciones de Casado en relación con los servicios sociales, pero a los efectos de este apartado nos vamos a guiar, fundamentalmente, por el libro titulado *Reforma política de los servicios sociales* (Casado, 2002) en el que se analiza la operación de reforma política de los servicios sociales emprendida tras la muerte de Franco en España. En términos generales, Casado estima que en dicha operación «las metas declaradas fueron más radicales de lo que correspondía a la conciencia real de la clase política del país y de los propios ciudadanos (...) [mientras que] los medios, principalmente jurídicos y económicos, que se arbitraron quedaron muy cortos respecto de aquellas metas retóricas» (Casado, 2002: 10).

En el libro Casado se pregunta dónde estamos, en primer lugar, en términos de universalización. Según el análisis de Casado al respecto, «seguramente el pretendido universalismo de los servicios sociales se ve afectado por dos circunstancias distintas, pero relacionadas: las reglas y usos de la Beneficencia y la demanda diferencial de la población pobre y/o marginada» (Casado, 2002: 34). A la hora de analizar el necesario equilibrio entre la universalidad (y consiguiente superación del marginalismo propio de la Beneficencia) y la intensificación de la atención en función de las necesidades, a este autor le llama la atención la muy escasa consideración del problema de la pobreza en las primeras leyes de acción social y/o servicios sociales (Casado, 2002: 31-32), fenómeno que se empezó a corregir, en buena medida, por influencia europea mediados los ochenta.

En cuanto a los principios de responsabilidad y financiación públicas, Casado afirma que «la desatención o descubierta de peticiones genuinas de atención al aparato de servicios sociales que mantiene el sector público es síntoma inequívoco de que el mismo no está ejerciendo a cabalidad sus responsabilidades políticas y financieras» (Casado, 2002: 35). Así, según este autor, «la práctica de la gestión los contradice al dar prioridad a la cobertura de la demanda mediante la ayuda discrecional a terceros, en perjuicio de la posible concertación –con contraprestaciones de carácter contractual– de los mismos para ampliar la oferta pública» (Casado, 2002: 37-38).

Casado se refiere a continuación al principio de integración y afirma que «pese a la fe municipalista de las leyes de acción social y/o servicios sociales, fue el caso que muchos de éstos se demoraron en hacer efectiva la responsabilidad que se deriva de la competencia asignada, sin que las Comunidades Autónomas pusieran remedio eficaz» (Casado, 2002: 39): Recuerda Casado que «tal circunstancia dio ocasión a que el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social promoviera y conviniera, en 1988, el Plan Concertado para el Desarrollo de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales de Corporaciones Locales» (Casado, 2002: 39-40) que, en todo caso, dirá Casado, no ha corregido la débil implantación que tienen en España servicios que, como la ayuda a domicilio o los centros de día, ayudan a que las usuarias y usuarios de servicios sociales permanezcan en la comunidad.

En relación con el principio de igualdad, Casado afirma que las evidencias a las que tiene acceso «no parecen reflejar una labor relevante de los servicios

sociales en el cambio social pro igualdad. No faltan afirmaciones de que esa sea su función, pero las interpreto como proposiciones declarativas no argumentadas» (Casado, 2002: 42).

Posteriormente, Casado se pregunta: ¿Dónde nos perdimos? Y para responder examina, en primer lugar, la legislación de las Comunidades Autónomas, concluyendo que «las leyes de acción social y/o servicios sociales de las Comunidades Autónomas (...): 1) no instituyen derechos que los ciudadanos puedan exigir eficazmente, como los regulados para la asistencia sanitaria, la educación, las pensiones o la protección del desempleo; 2) tampoco establecen deberes públicos determinados cuyo cumplimiento pueda ser valorado y demandado» (Casado, 2002: 43). Estudiando la gobernación de los ejecutivos autonómicos, Casado afirma que «ni la acción reglamentaria ni la de gestión fueron aprovechadas por los poderes ejecutivos de las Comunidades Autónomas» (Casado, 2002: 44).

En cuanto a la acción municipal, según Casado, «algunos ayuntamientos han protagonizado iniciativas pioneras y generosas en pro de la reforma de los servicios sociales (...). Otros, en cambio, van arrastrándose perezosamente en pos de las normas y de las transferencias monetarias de los gobiernos de las Comunidades Autónomas y aun de la Administración General del Estado» (Casado, 2002: 46). Para Casado el reto de los Ayuntamientos no es tan sólo «mantener las prestaciones ambulatorias convencionales (información y orientación, ayuda a domicilio mínima y para pobres...) sino también (...) enriquecer y normalizar socialmente la ayuda a domicilio y de implementar una red de apoyos comunitarios, específicamente centros de día asistenciales y el correspondiente transporte» (Casado, 2002: 46). Casado analiza después el proceder de los agentes nacionales, en relación con el principio de igualdad y concluye que «parece imposible asegurar este principio en servicios sociales dentro de un marco de descentralización total de la gestión» (Casado, 2002: 46). Casado consideraría oportuno, al efecto, contar con una «ley nacional (...) [para] las funciones cuya naturaleza técnica aconsejara la competencia y responsabilidad efectivas del Estado central» (Casado, 2002: 46).

En el mismo libro, y sobre la base de las consideraciones apuntadas, Casado plantea algunas sugerencias sobre política pública de servicios sociales, esto es, para lo que tiene que ver tanto con la regulación de la rama como con la producción de servicios sociales públicos. Así, en primer lugar, afirma que «los objetivos de la ayuda personal, tanto por lo que atañe a la prevención o cobertura de carencias y otros problemas, como por lo que concierne al desarrollo personal, dan pie a amplísimas demandas de actividades» (Casado, 2002: 82). Por ello entiende Casado que las autoridades políticas habrán de dar a los sistemas públicos de servicios sociales un contenido menguado respecto al de la rama, obligando ello a establecer prioridades, para las cuales ofrece los siguientes criterios técnicos:

- Prioridad absoluta para las situaciones, individuales y familiares o colectivas, de emergencia (...).

- Accesibilidad informativa y procedimental de la oferta de prestaciones y otras actividades (...).
- Salvaguarda de la acción preventiva (...).
- Preferencia a la máxima vulnerabilidad y dependencia individual y colectiva (...).
- Rendimiento social (...), lo que dará ventaja, por ejemplo, a los niños y a los proveedores de cuidados personales (...).
- Equidad (...) [porque] el criterio de rendimiento debe ser atemperado» (Casado, 2002: 83-84).

Por otra parte, afirma que es necesario que los servicios sociales estiren el campo de responsabilidades que les es propio en aquellos casos en los que el superior interés del usuario lo aconseje, tales como:

- Atención de situaciones de pobreza-marginalidad, que suelen requerir una gerencia o tutoría global.
- Capacidad de proveer ayudas materiales, al modo de becas.
- Atención temprana de nacidos de riesgo.
- Determinadas iniciativas en el frente socio-sanitario (Casado, 2002: 85).

En términos generales, la aportación de Demetrio Casado tiene singular importancia en el seno de la comunidad de los servicios sociales en nuestro país, a la hora de conceptualizar los servicios sociales como rama de actividad e identificar sus contenidos prestacionales. En sus diversos escritos ha insistido, con argumentos basados en la evidencia, en la importancia de la gerencia de caso, la aplicación del enfoque comunitario, la necesidad de reforzar la intervención de los servicios sociales en ámbitos desatendidos como la infancia (no sólo en riesgo social) o las emergencias y la urgencia de un verdadero ejercicio de la responsabilidad pública en materia de servicios sociales (Casado, 2005).

7.3.2. El Manifiesto de Talavera y otras aportaciones desde los colegios de trabajo social y el asociacionismo de personas directivas del ámbito de los servicios sociales

En este apartado vamos a referirnos en primer lugar al denominado Manifiesto de Talavera de la Reina, aprobado en 2004, que se encuentra en la página web de los colegios españoles de trabajo social (www.cgtrabajosocial.es). Este manifiesto comienza reivindicado el sistema público de servicios sociales como uno de los pilares del Estado de bienestar junto a los sistemas de salud, educación y pensiones. Sin embargo, se dice, los servicios sociales no han alcanzado todavía (por un insuficiente compromiso político en su financiación) la universalidad en sus prestaciones, necesaria, pues todas las personas somos potenciales usuarias de los servicios sociales, especialmente en la llamada *sociedad del riesgo*.

Según este manifiesto, todas las personas han de poder acceder efectivamente a prestaciones como «información, orientación, asesoramiento y tratamiento social personalizado y comunitario; apoyo a la convivencia y ayuda a domicilio; acogida/ alojamiento alternativo; prevención e inserción social; cooperación social: apoyo al tejido social de autoayuda y solidaridad».

Con posterioridad se puede encontrar, también en la página web de los colegios de trabajo social españoles, la denominada *Carpeta de trabajo por la defensa del sistema público de servicios sociales*, que toma el Manifiesto de Talavera como punto de partida y la elaboración de una Ley de ámbito estatal que garantice el derecho a los servicios sociales como meta (Griso y otras, 2005a: 5). Entre estos materiales de trabajo se incluyen las conclusiones de un encuentro celebrado en Guadarrama en febrero de 2005, según las cuales «el proceso histórico de formación de las políticas sociales en España ha conducido a un Sistema de Servicios Sociales fragmentado y desigual, con un cuerpo profesional progresivamente precario, con una excesiva delegación no siempre suficientemente supervisada, con muchas organizaciones pasivas o mercantilizadas, y con una visibilidad pública confusa y secundaria» (Griso y otras, 2005b: 5).

A la hora de comprender y enfocar la aportación del trabajo social en el ámbito de los servicios sociales y de la política social en general destacan:

- a) «la importancia de un enfoque comunitario,
- b) priorizar la perspectiva de la prevención,
- c) que la política social integre la intervención de los distintos dispositivos educativos, sanitarios, laborales, etc. organizándolos al servicio de la persona, de modo que éste no rote por diferentes lugares sino que experimente un itinerario unificado (...),
- d) (...)enfatar la participación social y la creación de tejido comunitario, especialmente en la familia y en el territorio (...),
- e) (...) que las políticas sociales no generen dependencia sino que tengan como resultado el empoderamiento de los sujetos y las comunidades. A la vez, el Trabajo Social no puede asumir un enfoque meramente materialista en que a veces cae la política social y es necesario promover un enfoque en que se trabajen las dimensiones de sentido que aporten a las personas resiliencia, representaciones liberadoras y activación de sus recursos,
- f) (...) es necesaria una política social menos burocratizada, más ágil y orientada a las personas» (Griso y otras, 2005b: 7-8).

Como tercera referencia en este camino mencionaremos el denominado Manifiesto de Alcorcón, titulado *Ideas, argumentos y propuestas sobre los servicios sociales, la autonomía personal y la protección a las personas en situación de dependencia* (García Herrero, 2005) y lanzado por la Asociación de Gerentes y Directores de Servicios Sociales y el Colegio Oficial de Trabajadores Sociales de Madrid.

Este texto se elabora, como puede notarse, cuando ya se había publicado el *Libro Blanco* de la dependencia, del que hablaremos más tarde, y en cierto modo lo toma como referencia. Por ello comienza señalando que «es inapropiado referirse al nuevo marco de protección de las personas en situación de dependencia como «el IV Pilar del Estado del Bienestar», como se dice en algunas ocasiones en el Libro Blanco. El IV Pilar del Estado del Bienestar es el Sistema Público de Servicios Sociales, que aborda cuestiones más amplias en el ámbito de la convivencia personal y de la integración social, y no sólo en lo referente a situaciones de Dependencia. La consolidación del Sistema Público de Servicios Sociales como el IV Pilar del Estado del Bienestar exige que los servicios sociales para personas en situación de dependencia se desarrollen dentro del mismo» (García Herrero, 2005: 50). Como aspecto importante a tener en cuenta señalan que «sea cual sea el modelo de financiación o de gestión que se establezcan, en ningún caso debe generar un sistema dual, en el que existan ciudadanos de diferentes niveles por cualquier motivo que no sea la propia situación de necesidad técnicamente valorada» (García Herrero, 2005: 50).

En opinión de este grupo de profesionales «deben mejorarse los ratios actuales de profesionales por número de habitantes en los servicios sociales comunitarios, para que desde esta red básica territorial se pueda garantizar una intervención social con la intensidad requerida y para evitar que las limitaciones de personal aboquen a estos servicios a una simple labor de gestión de prestaciones, sin el necesario seguimiento y apoyo a las personas y familias. Se debe, en todo caso, ampliar la red de centros, con un papel protagonista de las entidades locales» (García Herrero, 2005: 9). Posteriormente afirman que están «en contra de las actuaciones institucionales centralistas que se llevan a cabo al margen de las estructuras normalizadas de los Servicios Sociales con partidas específicas fuera del Plan Concertado, para financiar servicios y atenciones que son parte de algunas de las Prestaciones Básicas que el mismo contempla, en particular las de carácter domiciliario» (García Herrero, 2005: 13).

Este movimiento que, como vemos, se anima desde el Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales y la Asociación Estatal de Directores y Gerentes de Servicios Sociales (www.directoressociales.com) plantea un «ideario progresista en servicios sociales» en el que, además de las dichas, subrayan la importancia de cuestiones como la no discriminación por lugar de residencia, la aplicación de criterios de proximidad y descentralización o la introducción de planteamientos de planificación, coordinación y calidad.

7.3.3. Hacia la intervención integral en servicios sociales

A continuación vamos a resumir algunos de los análisis y consideraciones que realiza Natividad de la Red (bajo el mismo título que hemos escogido para este apartado) (De la Red, 2005), entresacando aquellos contenidos que más nos pueden aproximar a un diagnóstico técnico e institucional de nuestros servicios sociales y señalando que esta autora parte de la base de que la compleji-

dad e interrelación de los procesos sociales hace que la intervención desde una única rama o sistema (como los servicios sociales) se queda frecuentemente corta. Del mismo modo se necesita, según De la Red, la contribución de las diferentes esferas: pública, mercantil, voluntaria e informal. De ahí la necesidad de una integración de las actuaciones de las diferentes ramas y de las distintas esferas en el territorio.

Esta autora propone algunos criterios y directrices para el avance de la intervención integral en y desde los servicios sociales en España y al hacerlo nos da pistas acerca del diagnóstico que, de forma implícita, hace sobre nuestros servicios sociales. De la Red propone avanzar decididamente en «la integración de los recursos comunitarios que se encuentran en el ámbito local, para prestar más atención a la prevención de problemas y la promoción de recursos, así como a la consolidación del sistema de servicios sociales, para que no quede relegado a sistema de salida de prestaciones en la protección social, y se consolide también como sistema con entrada propia, incluyendo proyectos y programas que contribuyan a la elaboración de políticas sociales eficientes» (De la Red, 2005: 285).

De la Red plantea a continuación la necesidad de definir unos mínimos comunes garantizados en materia de protección social en general y de servicios sociales en particular. Propone también la búsqueda de nuevas formas de articulación y nuevas sinergias entre políticas sociales y políticas económicas, apostando por el fomento de la economía social para la promoción de empleo. De la Red identifica otra asignatura pendiente en el reconocimiento profesional en el seno de los servicios sociales. Para esta autora resulta necesaria, también «la superación de categorizaciones innecesarias y a veces perjudiciales. Con frecuencia los servicios sociales están más atentos a la asistencia que a la prevención, promoción y la calidad de vida, lo cual trae consigo la categorización de los usuarios, así como la amortiguación de efectos en lugar de abordar las soluciones desde las posibilidades de cada situación o persona» (De la Red, 2005: 287).

En esta agenda para el cambio que De la Red plantea, apunta a un necesario incremento del peso relativo de los ayuntamientos desde el punto de vista competencial, a la vez que se perfeccionan los sistemas de planificación, organización, gestión y financiación, de modo que se eviten los actualmente frecuentes litigios, lagunas y superposiciones en materia de competencias. Igualmente plantea «la mejora del proceso de información y evaluación de los servicios sociales, lo que permite, a su vez, avanzar en la mejora de la calidad y de la evaluación de la misma en términos económicos, de eficacia y eficiencia, sin olvidar el impacto que tienen en el contexto social» (De la Red, 2005: 287).

Se impone también, a juicio de esta autora, «un enfoque más humanitario y comunitario en la atención que contribuye a superar la lentitud, el exceso y la complejidad burocrática y logra mayores niveles de logro en la respuesta» (De la Red, 2005: 287). Apuesta también por el trabajo en equipo, ya que actualmente la «escasa configuración de equipos, por la que no logran superarse las intervenciones aisladas, es un factor que contribuye al abordaje parcial de la problemática compleja. La dificultad de los usuarios para organizarse, la escasa par-

tipicación... deben combatirse a través de la descentralización, de la organización de colectivos, del fomento de canales de participación y del voluntariado y el trabajo de redes sociales que permita y favorezca la construcción comunitaria» (De la Red, 2005: 287).

De la Red entiende que «la trayectoria de los servicios sociales en nuestro país parece estar en un buen momento para avanzar en estas dinámicas. Su consolidación en línea de mayor coherencia de utilización de recursos y prestaciones conlleva la relación cada vez más estrecha entre prestaciones económicas y servicios profesionales con la adecuada atención a las políticas activas para favorecer los procesos de inclusión social. Políticas que pasan por la consideración de los nuevos yacimientos de empleo en torno a los servicios sociales, en relación con otros servicios afines y centrados en el territorio, en lo local» (De la Red, 2005: 288).

7.4. EXCLUSIÓN SOCIAL Y SERVICIOS SOCIALES

Laparra y Aguilar han afirmado, en una línea similar a la seguida por otras aportaciones (Tezanos, 2005: 113), que los pares de conceptos dependencia-autonomía y exclusión-integración serían (Laparra y Aguilar, 1997: 2) aquellos en torno a los que reflexionar para identificar el objeto de los servicios sociales. Desde este punto de vista, los procesos de exclusión e inclusión social nos podrían servir, tal como luego ocurrirá con las situaciones de dependencia, para aproximarnos, desde el lado de la demanda o la necesidad, a la realidad de los servicios sociales.

7.4.1. El V Informe de políticas sociales de la Fundación Hogar del Empleado

El V Informe de políticas sociales de la Fundación Hogar del Empleado, dirigido por Fernando Vidal y publicado en 2006, parte de la afirmación de que «nuestro tiempo ha actualizado la exclusión social como la mayor división histórica y la lucha contra ella es el criterio que debe estructurar todas las agendas» (Vidal, 2006: 29). Según este informe, «la cuestión de la exclusión social no es un sector, sino el criterio para orientar todo sector» (Vidal, 2006: 29). Se afirma también que «el Tercer Sector es el nuevo sujeto histórico que porta y realiza el proyecto que hará cambiar el eje de nuestro tiempo a favor de la justicia y la reconciliación» (Vidal, 2006: 29). Y continúa: «España, pese al visible crecimiento económico, es en esta década una sociedad menos cohesionada y segura (...) Nuestro país corre el riesgo de estar viviendo un neodesarrollismo caracterizado por las señales de la excesiva especulación inmobiliaria, la progresiva descomunitarización y la creación de un nuevo proletariado formado por inmigrantes, jóvenes y mujeres y aquellos obligados a la precarización laboral. La persistencia de la pobreza en un período de bonanza económica supone un aumento de la insolidaridad social» (Vidal, 2006: 30)

Según el informe, «el propio sistema de bienestar ha avanzado hacia la precarización al haber optado por un modelo que ha suscrito más la privatización

de las agencias que realizan las políticas sociales que la confianza y promoción en la autogestión de los sujetos sociales (...). No ayuda al respecto el extendido modelo de bienestar que pone sobre todo el peso en la transmisión de recursos marcados por una fuerte estandarización en vez de la promoción de itinerarios focalizados sobre el empoderamiento de los sujetos. Tampoco ayuda un Estado de bienestar que se blinda credencialmente como neutralista pese a la necesidad imperante de políticas de sentido que exige una situación de anomia que se va extendiendo en la segunda modernidad y que posiblemente dificulte no sólo la inserción ciudadana sino la propia constitución de los sujetos» (Vidal, 2006: 31).

El informe ubica las situaciones de exclusión social en el marco de la re-modernidad, segunda modernidad o modernidad reflexiva, caracterizada por fenómenos como, entre otros, los siguientes:

- La desterritorialización de las relaciones sociales en una sociedad de flujos que dificulta el enraizamiento, la identificación y la integración territorial de las personas.
- «Los rápidos cambios que se están produciendo en la estructura de los hogares y los desequilibrios demográficos que derivan tanto de la tendencia al envejecimiento de la estructura demográfica como de las migraciones provocadas por los desequilibrios territoriales y las relaciones cada vez más desiguales (norte-sur, centro-periferia)» (Alguacil, 2006: 157).
- La flexibilización y precarización de las relaciones laborales en una economía cada vez más basada en los servicios, proclive a rápidos procesos de recualificación y descualificación de los puestos, con tendencia a la creación de élites profesionales cada vez más distanciadas de grandes cantidades de personal de baja cualificación que, en ocasiones, encuentra más facilidades que en la sociedad industrial para acceder a algún tipo de empleo pero que, sin embargo, encuentra dificultades estructurales para construir una identidad y un discurso compartido.
- La construcción de identidades, a veces en contra de, con su correlato de violencia xenófoba, sexista, juvenil, urbana... (Alguacil, 2006: 157-158).

El informe, en todo caso, resulta representativo de un tipo de aproximaciones que subrayan el carácter procesual, complejo, estructural e interactivo de la exclusión social. Mientras la situación de pobreza (al que el de exclusión ha venido a reemplazar en muchos de los discursos y estrategias en el campo de las ciencias sociales y la política social) remite básicamente a recursos económicos, el proceso de exclusión social hace referencia a una multiplicidad de estructuras de relación que las personas mantienen en sus diversas interacciones en el entorno laboral, familiar, convivencial, formativo, de la protección social. Desde ese concepto pierden vigencia abordajes unilaterales (basados únicamente, por

ejemplo, en procesos de integración laboral o en la garantía de rentas) y se subraya la importancia del acompañamiento social⁵ (empoderador, en palabras del informe), típico, en principio, de los servicios sociales, en itinerarios personalizados para los que se subraya la importancia de buscar sinergias entre la intervención formal y los apoyos y las redes sociales y comunitarias.

De la lectura del informe puede deducirse que el conjunto de las ramas pro bienestar social y los servicios sociales en particular se encuentran ante el reto de un fortalecimiento y una reconfiguración, en buena medida pendientes, que haga posible dar respuesta a este renovado y emergente conjunto de riesgos sociales, que aumente su capacidad para hacerse cargo de la diversificación y la individualización de las trayectorias de exclusión e inclusión social y que los construya como amigables y sinérgicos con la familia, la comunidad y, en general, los apoyos naturales con los que cuentan las personas.

7.4.2. Aportaciones de equipos dirigidos por Joan Subirats

Las diversas aportaciones hechas por parte de equipos dirigidos por Joan Subirats (Subirats, 2005a) nos permiten aproximarnos a las situaciones de exclusión social y a las políticas al respecto llevadas a cabo desde las Comunidades Autónomas españolas, en el seno de las cuales tienen un importante papel los servicios sociales. Estas autoras y autores ponen en relación la *estructura social de la exclusión* con el *andamiaje institucional* puesto en pie para darle respuesta, tanto en lo que tiene que ver con las políticas orientadas a reducir los factores causales de la exclusión social (más amplias), como en las intervenciones de atención e inserción dirigidas a las personas en situación o riesgo de exclusión social (que conciernen más directamente a los servicios sociales). Estudian también la *innovación discursiva* y *operativa* que puede observarse en las políticas autonómicas de inclusión (incluyendo servicios sociales y otras ramas de actividad), llegando finalmente a un análisis a partir de conceptos como *régimen de bienestar* o *régimen de inclusión*, utilizados para referirse al papel y la articulación de las esferas pública, asociativa, mercantil y familiar en las políticas para la inclusión social y poniendo de manifiesto la diversidad existente entre las distintas Comunidades Autónomas españolas. Afirmar partir en todo momento de una concepción de la exclusión social como un fenómeno estructural, dinámico, multifactorial, multidimensional y enraizado actualmente en la transición hacia modelos de sociedad postindustriales. De las aportaciones de este grupo emerge una idea clara de la desigualdad y heterogeneidad existente en los servicios sociales españoles y de su limitada contribución a la hora de

5 En una definición aportada desde el grupo de profesoras y profesores de la Universidad Pública de Navarra (Laparra, Aguilar, Pérez Eransus, Corera...) se define acompañamiento social como «el trabajo social de relación personal continuada, relativamente duradera, que trata de comprender y apoyar a las personas para contribuir a que ellas mismas empiecen a dominar la situación y las claves de sus dificultades. Se trata de acompañar a las persona para ayudarle a activar y movilizar recursos, capacidades, potencialidades, tanto de ellas mismas como de su entorno. El objetivo es que las personas mismas pongan en marcha su propio proceso de incorporación social» (López-Aranguren, 2005: 209).

prevenir, paliar o revertir los procesos de exclusión social cuya configuración cambia con más rapidez de la que utilizan los servicios sociales para desarrollarse e innovar.

Estas autoras y autores (Gomá y Subirats, 2003) señalan que «en España las políticas contra la exclusión presentan una triple complejidad. Por una parte se insertan de lleno en la lógica del gobierno multinivel (...). Por otra parte, la política social contra la exclusión se presenta fragmentada en un amplísimo abanico de programas, servicios e instrumentos de acción pública. Muchos de ellos específicos, otros muchos formando parte de la transversal antiexclusión presente en múltiples campos de actuación (...). Finalmente la red de acción contra la exclusión se encuentra poblada por actores de todo tipo» (Gomá y Subirats, 2003: 141).

En ese marco, aportan algunas notas de síntesis en relación con lo que denominan el «componente institucional clave en la estrategia contra la exclusión: el sistema público de base autonómica de servicios sociales» (Gomá y Subirats, 2003: 142) y señalan que «los servicios sociales son una de las piezas más vulnerables en la arquitectura institucional del Estado de bienestar español. Por un lado, su normativización es débil, por cuando no fueron incorporados en el bloque constitucional estatutario al campo de los derechos sociales de ciudadanía. Por otro lado su demanda está poco articulada y no existe una opinión pública de apoyo claro a la extensión de los servicios (...). Todo ello ha ido apartando a los servicios sociales en España de una concepción universalista, de tipo socialdemócrata; por el contrario los ha situado en tasas de cobertura e intensidad mucho más selectivas y débiles (...). En este contexto (...) los servicios sociales han tendido a orientar y focalizar su trabajo hacia los grupos de riesgo: personas y sectores vulnerables a la marginación o bien en situaciones abiertas de precariedad social. Así pues, la conexión entre servicios sociales y exclusión se ha ido haciendo más fuerte» (Gomá y Subirats, 2003: 142). Según estos autores, las Comunidades Autónomas con servicios sociales más inclusivos en el terreno de la pobreza son también las que presentan un uso mayor de las redes públicas y de los equipos de atención primaria. Por el contrario entre las Comunidades Autónomas con menor inclusividad tienden a predominar las redes asociativas y la atención especializada (Gomá y Subirats, 2003: 143).

A partir de este tipo de diagnóstico, se propone una nueva agenda de políticas para combatir la exclusión social, que dejen de pivotar tanto sobre el concepto de pobreza y sobre la inserción laboral como instrumento casi automático de inclusión. Desde este punto de vista entienden que «la desestructuración y debilitamiento de la red de relaciones interpersonales, en los ámbitos familiar y comunitario, incrementa de forma decisiva el riesgo de exclusión. También este ámbito se encuentra directamente conectado a los cambios de paradigma social –nuevas relaciones de género, diversificación familiar, erosión de viejas solidaridades grupales...– y ha sido un ámbito infravalorado por el Estado de bienestar clásico, que desde su estandarización centralista ha resultado insensible a las vulnerabilidades cotidianas y personalizadas. Así pues, una apuesta fuerte por políticas y servicios de proximidad, como palancas de autonomía para personas y colectivos en riesgo de exclusión relacional, es una (...) dimensión clave» (Go-

má y Subirats, 2003: 148).

7.5. PROTECCIÓN SOCIAL DE LA DEPENDENCIA Y SERVICIOS SOCIALES

A la hora de hacer un diagnóstico técnico e institucional de los servicios sociales españoles, todo el proceso relacionado con la finalmente denominada Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia es, sin duda, uno de los analizadores si no el analizador⁶ más potente con el que podemos contar en este momento en relación con los servicios sociales españoles. Como documentación disponible más relevante relacionada con este proceso vamos a hacer referencia al *Libro Blanco* que precedió a la Ley (IMSERSO, 2004), al trabajo de Pilar Rodríguez para la Fundación Alternativas y al propio texto (y contexto) de la Ley.

7.5.1. El Libro Blanco

En su capítulo V, dedicado a los recursos sociales para las personas mayores en situación de dependencia, el *Libro Blanco* sintetiza una serie de conclusiones generales sobre el sistema de servicios sociales y comienza afirmando que existen graves confusiones en la conceptualización de los diferentes servicios, fruto de un limitado desarrollo científico-técnico de los servicios sociales en nuestro país, con escasa interacción entre investigación e intervención y un limitado y fragmentario desarrollo de los sistemas de información para la planificación de los sistemas, la gestión del conocimiento y la construcción de las políticas.

A continuación se afirma que si el sistema de servicios sociales desea adaptarse a las preferencias de la mayoría de las personas mayores y sus cuidadoras y cuidadores familiares, seguir las recomendaciones internacionales de referencia y reducir los costes debe organizarse, en la mayor medida posible, como sistema de servicios de proximidad (con la atención domiciliaria como eje), para que las personas puedan envejecer en casa, también si tienen dependencia.

A continuación se señala que «en España, durante los últimos años, se ha realizado un esfuerzo que se traduce en la generalización de servicios sociales destinados a la atención de las personas mayores en situaciones carenciales y de dependencia. Las administraciones públicas han sido protagonistas de este proceso. Pero también la iniciativa privada con y sin fin de lucro están desempeñando un papel clave en la mejora cuantitativa y cualitativa de la oferta de servicios» (IMSERSO, 2004: V-138-139). Sin embargo, se trata de un crecimiento insuficiente para las necesidades existentes, dado que «el 93% de las personas

6 Fernando Vidal utiliza la expresión *analizador histórico*, tomada de Ibáñez, para referirse a acontecimientos o procesos en el curso de los cuales las estructuras sociales, institucionales o de otra índole se ponen más claramente de manifiesto (Vidal, 2006: 633).

mayores que viven en domicilios y necesitan cuidados de larga duración son atendidas por su familia, sin el apoyo de los servicios sociales» (IMSERSO, 2004: 139). Según el *Libro Blanco*, la desigualdad entre las diferentes Comunidades Autónomas se da en todos los servicios sociales en cuanto a la cobertura, a los costes, a la calidad de atención y al soporte normativo, produciéndose una falta de equidad en el acceso que choca de frente con el principio fundamental de igualdad consagrado por el artículo 14 de la Constitución.

Por otro lado, según el *Libro Blanco*, «considerada en su conjunto toda la cadena asistencial, el peso que tienen las residencias es en España absolutamente desproporcionado en comparación con los servicios de apoyo en el domicilio» (IMSERSO, 2004: 139). Se atribuye este fenómeno, fundamentalmente, a la insuficiencia cuantitativa y cualitativa de la ayuda a domicilio y los denominados *servicios intermedios* (como centros de día). Además, se dice, «el sistema organizativo-competencial de los servicios sociales impide que se pueda realizar la continuidad de cuidados que requieren las personas en situación de dependencia y perjudica seriamente la necesaria coordinación entre los diferentes niveles de los recursos sociales y con los del sistema sanitario⁷» (IMSERSO, 2004: v-140), considerando que son aisladas las medidas y experiencias de coordinación sociosanitaria.

Se afirma también que las condiciones de acceso a los servicios sociales hacen que su uso quede restringido prácticamente a las capas sociales más deprimidas económicamente y, en muchos lugares, los baremos desincentivan, al no brindarles apoyo, a aquellas familias más dispuestas para el cuidado de sus familiares en situación de dependencia. Se habla, por otra parte, de una limitada o deficiente profesionalización de los servicios sociales, unida a bajas remuneraciones que afectan, especialmente, al personal de atención directa a las usuarias y usuarios.

7.5.2. El sistema español de servicios sociales y las necesidades derivadas de la atención a la dependencia

Nos parece de interés incorporar aquí un breve resumen de las aportaciones de Pilar Rodríguez en el trabajo con cuyo título hemos encabezado este apar-

7 Si bien las situaciones de dependencia no son las únicas que reclaman la coordinación entre los servicios sociales y sanitarios o la integración entre prestaciones propias de los unos con las de los otros, no cabe duda de que constituyen el factor principal que explica el incremento del interés y preocupación por la cuestión sociosanitaria. Entendemos que los planteamientos más aceptados en nuestra comunidad científica, política y profesional al respecto no cuestionan la existencia autónoma de ambas ramas (la sanitaria y la de servicios sociales) y descartan la creación de una tercera rama interpuesta, de suerte que la intervención sociosanitaria (entendida como la que integra prestaciones propias de ambas ramas) tendrá lugar tanto en una rama como en la otra, siendo en todo caso, necesario, articular fórmulas de coordinación entre las estructuras de ambas ramas o sistemas. Podría decirse que la problemática sociosanitaria reclama de nuestros servicios sociales una mayor capacidad innovadora en el diseño de servicios y estructuras y procedimientos de gestión que hagan posible una coordinación ágil orientada a, en todo caso, a las usuarias y usuarios. Para profundizar en los planteamientos acerca de las estructuras institucionales de la protección social de la dependencia y la cuestión sociosanitaria, entre otras, ver Vilà, 2004.

tado y que ha sido preparado para la Fundación Alternativas. En él se resume el diagnóstico sobre los servicios sociales españoles con tres palabras: desestructuración, inequidad y limitada accesibilidad.

Según Rodríguez la redacción insuficiente, ambigua o confusa de la Constitución Española en lo que tiene que ver con los servicios sociales (en la Constitución denominados, más bien, como asistencia social) estaría en la base de la heterogeneidad y desigualdad del desarrollo de los servicios sociales en España, facilitada por la ausencia de una ley estatal básica en la materia (Rodríguez, 2006: 50). Por otra parte, según este trabajo, la declarada universalidad de nuestros servicios sociales no es tal pues el acceso a ellos está sometido a la disponibilidad presupuestaria y a la prueba de necesidad (por escasez de rentas) e incluso se utilizan baremos que, más bien, vienen a castigar a aquellas familias que brindan apoyo informal a sus miembros en situación de dependencia. Esta autora señala, por otra parte, la paradoja de que los servicios sociales, a pesar de su situación deficitaria, reciben demandas que les son impropias y a las que debieran dar respuesta los servicios educativos, sanitarios, de empleo o de vivienda y urbanismo (Rodríguez, 2006: 51). Ello convierte a los servicios sociales en un «cajón de sastre» en el que vienen a parar necesidades y demandas de personas que son discriminadas por los otros sistemas de bienestar o protección social.

A partir de estas consideraciones, en relación con los servicios sociales «se recomienda que, además del desarrollo en cantidad, variedad y calidad de los recursos de atención (...) se les dote de flexibilidad para adaptarse a las necesidades de cada caso. En lo que atañe a los servicios de ayuda a domicilio, que son los que han de ser impulsados en mayor medida, debe producirse una ampliación de los servicios que ofrecen y una reorientación de los mismos para contemplar los apoyos en el entorno y la asistencia personal⁸. Los centros de día y otros recursos intermedios han de ajustar sus objetivos y prestaciones a la diversidad de situaciones que atender. También se recomienda la inclusión sistemática de programas y servicios dirigidos directamente a las familias, hoy prácticamente inexistentes. En cuanto a los alojamientos y residencias, se propone realizar una revisión crítica y profunda del modelo predominante para mejorar su calidad, producir innovación y una mayor diversificación en la oferta que permita la capacidad de elección» (Rodríguez, 2006: 6). Se señala, por otra parte que «la necesidad de garantizar la continuidad de cuidados y la coordinación sociosanitaria, principios reconocidos como esenciales por la literatura científica, obliga a que en el modelo se incorporen vías estables de coordinación entre el sistema sanitario y los servicios sociales y que se desarrolle, para aquellos casos de especial complejidad de la atención, la figura del gestor de casos o del profesional

8 La figura de la o el asistente personal es una de las reivindicaciones clave del movimiento de Vida Independiente (Maraña, 2004), que pone encima de la mesa el debate entre los pagos directos a las personas en situación de dependencia (con su consiguiente empoderamiento) para que éstas contraten los servicios de aquella o aquel asistente personal que deseen o la provisión de servicios formales de responsabilidad pública, pudiendo existir también otras alternativas intermedias o diferentes. Sobre esto volvemos algo más adelante.

de referencia» (Rodríguez, 2006: 6).

Pilar Rodríguez, en su trabajo, propone un modelo de atención basado en la evidencia científica, muy orientado al espacio local y que deconstruya el sistema de género, subrayando la urgencia de un desarrollo de los servicios sociales que por su envergadura y por su enfoque contribuya significativamente a modificar el reparto de papeles entre mujeres y hombres en las labores de cuidado de los miembros de la familia que lo necesitan⁹, alertando sobre los peligros de la opción por la entrega de recursos económicos como alternativa a la creación y fortalecimiento de servicios sociales¹⁰.

7.5.3. La Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia

No es éste el capítulo del informe en el que procede referirse a los antecedentes y contenidos de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, pero sí deseamos incorporar algunas reflexiones o análisis al respecto, puesto que, si no, este texto de elementos para un diagnóstico y propuestas de mejora quedaría, a nuestro juicio, incompleto.

Hemos de referirnos en primer lugar a la interacción entre el marco conceptual y la estructura institucional que genera la Ley y los servicios sociales realmente existentes. Al respecto se ha de señalar que en lo que tiene que ver con esta Ley y, más en general, con el discurso político que la ha acompañado, hay que notar, al menos, una pequeña evolución acerca de la consideración y visibilidad de los servicios sociales. Como expresión simbólica de ello diremos que, si comparamos la Exposición de motivos del Anteproyecto con la de la Ley vemos que en ésta se hace referencia a los servicios sociales como cuarto pilar del Estado de bienestar, cuando esto no se hacía en el Anteproyecto y cuando fueron frecuentes, al presentarse éste, las referencias a la atención a la dependencia como cuarto pilar del Estado de bienestar. Más allá de lo simbólico, en todo caso, hemos de señalar que la rama de los servicios sociales puede resultar fortalecida por la Ley de dependencia pero tampoco podemos descartar que el efecto sea, justamente, el contrario. El riesgo que se percibe desde algunos sectores es que la Ley de dependencia (al crear un nuevo *artefacto institucional* en relación no necesariamente armónica con los más o menos estructurados sistemas autonómicos de servicios sociales) contribuya a aumentar el desorden y des-

9 María Asunción Martínez Román ha investigado sobre los riesgos de exclusión social de las familias que atienden a personas en situación de dependencia (Martínez Román, 2002), concluyendo que «la sociedad no sólo no promueve la inclusión social de las personas con enfermedades crónicas graves sino que, además, arrastra a las familias a una situación igualmente de riesgo de exclusión. Esto es así porque establece la obligación social de los cuidados sin corresponder a las familias con la oferta de los necesarios apoyos que garanticen los derechos individuales de todos los miembros, incluyendo la persona afectada» (Martínez Román, 2002: 35).

10 Sobre este tema, desde otro punto de vista, Sarasa afirma que «la alternativa basada en la provisión directa de servicios públicos ha demostrado ser más eficiente que la mera transferencia de rentas» (Sarasa, 2003: 5).

compensación de los servicios sociales realmente existentes, al incrementar las prestaciones y servicios y las vías de interlocución y financiación pero no contribuir, simultáneamente, a reforzar su estructura y su equilibrio.

Parece claro que, a la hora de mejorar la protección de la dependencia en España, por más que pudiera haber carencias en materia sanitaria o de pensiones, era evidente que el reto estaba, fundamentalmente, en el ámbito de los servicios sociales¹¹. Sin embargo aquí el Gobierno Español se encontraba ante una primera disyuntiva, desde el momento en que, en la medida en que se han ido aprobando y aplicando los diferentes Estatutos de Autonomía, la competencia en materia de servicios sociales se ha interpretado como competencia exclusiva de las Comunidades Autónomas, a salvo de iniciativas como, por ejemplo, las del ya mencionado Plan concertado de prestaciones básicas o, para el caso de las entidades voluntarias, la financiación del 0,52% del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas¹². En el *Libro Blanco* se planteaba la alternativa de que la protección a la dependencia se considerara dentro del marco de la Seguridad Social. Ello hubiera sido posible y, a juicio de muchas de las personas expertas y agentes políticos y sociales, la mejor manera de articular la intervención de la Administración General del Estado en relación con la dependencia (GEPAD, 2006: 3). Ello, por otra parte, no hubiera sido óbice, en principio, para que se hubieran considerado las prestaciones como de carácter no contributivo y para que se hubieran canalizado a través de los sistemas de servicios sociales de las Comunidades Autónomas. Sin embargo, al parecer, desde las áreas económicas del Gobierno y desde las organizaciones patronales se rechazó la vía de la Seguridad Social, seguramente porque ello comprometía más a la Administración General del Estado y también por las dudas que determinados sectores mantienen o alientan sobre la sostenibilidad del actual sistema de Seguridad Social. Al parecer, también los sindicatos se inclinaron por la vía de los servicios sociales, por entender que sería mayor la creación de empleo. El Gobierno, entonces, opta por la vía del artículo 149.1.1 (según el cual el Estado tiene competencia exclusiva para la regulación de las condiciones básicas que garanticen la igualdad en el ejercicio de derechos y en el cumplimiento de deberes constitucionales). Sin embargo, el asunto dista de estar resuelto con claridad en la Ley y no parece fácil hacerlo, puesto que se trata de hacer compatible una intervención financiadora y reguladora de la Administración General del Estado (vinculada a un derecho subjetivo exigible) con unos sistemas de servicios sociales, sobre los

11 Decir esto, no supone en todo caso, dar por bueno el hecho de que la Ley de dependencia no se ocupe, prácticamente, de cuestiones como la prevención, la atención sanitaria, la accesibilidad u otras que deben formar parte, junto con lo relativo a los servicios sociales, de una política integral en relación con la dependencia.

12 Gregorio Rodríguez Cabrero, en el prólogo (y Elena Roldán a lo largo de la obra) consideran el Plan concertado y la política de apoyo a las organizaciones no gubernamentales con el 0,52% del IRPF las dos piezas del modelo mixto español de servicios sociales (Roldán, 2001: X). Roldán señala que entre 1989 y 2000 la financiación a las entidades voluntarias a través del 0,52% del IRPF supera la financiación del Plan concertado. Se ha de seguir, por otra parte, el debate en curso sobre la participación de las Comunidades Autónomas en la gestión del 0,52% (PONGAS, 2006).

que las Comunidades Autónomas ejercen competencia exclusiva.

Otra de las claves que está presente en el debate acerca de esta Ley y su aplicación es el de la definición, desde un punto de vista cualitativo, de las personas a las que se pretende atender, desde el momento en el que el concepto de dependencia puede interpretarse en una clave más restrictiva o más comprensiva y, en todo caso, representa una novedad respecto a la manera en la que tradicionalmente se había segmentado a la población en los servicios sociales. Ello hace que haya no pocos grupos poblacionales (con sus organizaciones representativas) que albergan dudas sobre el efecto que va a tener la Ley en ellos. Desde esta clave se entiende, por ejemplo, que se hable de promoción de la autonomía personal además de hablar de atención a la dependencia (aunque sin grandes concreciones al respecto en el texto).

Sea como fuere, la clave fundamental está, como de costumbre, en la financiación. No son pocas las personas expertas (GEPAD, 2006: 25) que han señalado que el dinero que la Administración General del Estado está previendo aportar es insuficiente para tener un impacto crítico en clave de universalización, equidad y garantía de derecho de unos servicios sociales de cobertura e intensidad suficiente para las personas en situación de dependencia. Por otro lado, el nivel de copago que se espera de las personas beneficiarias, unido a la dificultad objetiva para soltar el lastre histórico de unos servicios sociales relativamente burocratizados y estigmatizados obstaculizaría la labor de construcción de un sistema público accesible y atractivo para amplias capas de la población. En nuestro entorno cultural no parece haber un rechazo frontal generalizado al copago¹³ pero, lógicamente, se hace y se va hacer una comparación sobre la relación calidad-precio entre las redes públicas y las redes privadas y cabe la posibilidad de que amplios sectores de la población sigan considerando que los servicios sociales públicos no son para ellos.

A partir de la aprobación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, en el medio plazo se abre un abanico de escenarios. El escenario que el Gobierno Español plantea es el de que ésta contribuye significativamente al fortalecimiento y universalización de los servicios sociales como cuarto pilar del Estado de bienestar, de suerte que la atención a la dependencia desde los servicios sociales se configura como un derecho subjetivo universal y exigible similar al de la sanidad, la educación o la garantía de rentas. Ello, a su vez, tiene importantes efectos beneficiosos en términos de conciliación de la vida laboral y familiar, igualdad entre mujeres y hombres y creación de empleo. El escenario más alejado de éste sería aquél en el cual la Ley se despliega con dificultad, sin descartar recursos ante el Tribunal Constitucional o, en todo caso, conflictos en torno a las competencias, organización y financiación. Por otra parte, en ese escenario más desfavorable la aportación económica de la Administración General del Estado no consigue modifi-

13 Según el barómetro mayo de 2006 del Centro de Investigaciones Sociológicas, el 56% considera más justo que las personas en situación de dependencia o discapacidad paguen una parte de los servicios en función de sus recursos económicos, mientras que el 38,1% considera más justo que se financien exclusivamente con impuestos.

car significativamente la realidad de los servicios sociales que se ven colapsados por las expectativas creadas y las solicitudes de atención, expectativas y demandas a las que, en todo caso, no se da una respuesta significativamente mayor o mejor que la que se da ahora. En este escenario los servicios sociales públicos para las personas en situación de dependencia siguen siendo, básicamente, para las personas más pobres y siguen sin dar una respuesta de calidad, universal y equitativa a las personas en situación de dependencia.

Intentando cerrar el abanico al escenario o los escenarios más probables, diríamos que se podría esperar que la aportación (reguladora y financiadora) de la Administración General del Estado contribuyera a incrementar la cobertura y la intensidad de las prestaciones y servicios para las personas en situación de dependencia. Incluso que se produjera, en el mejor de los casos, un efecto multiplicador entre esta intervención, las de las Comunidades Autónomas (con nuevas leyes de servicios sociales en algunos casos) y el incremento de la conciencia social sobre la necesidad de la atención a la dependencia.

En todo caso, no parece probable que las Administraciones Públicas vayan a ser capaces de hacer una apuesta que (en los ocho años de despliegue de la Ley de dependencia de los que se nos habla) conduzca a los servicios sociales a una cualidad de derecho y a una solidez de sistema público equiparable a las que tiene la sanidad o la educación. Si, por otra parte, las redes familiares y comunitarias van a seguir disminuyendo su capacidad de dar soporte a las personas en situación de dependencia, parece claro que se abren las perspectivas para el crecimiento de la oferta privada, máxime cuando ésta puede hacer compatible sus operaciones en el mercado libre con la concertación de plazas con los sistemas públicos que en absoluto tienen previsto ir a modelos de gestión pública directa. Caber recordar que la Ley señala que en seis meses después de su aprobación se regularán los instrumentos privados de cobertura de la dependencia y su tratamiento fiscal, para facilitar el copago. Por otra parte, la Ley de la dependencia puede contribuir a que aflore una parte del mercado sumergido de atención a personas en situación de dependencia, en la medida en que prevé prestaciones económicas para pagar a las cuidadoras o cuidadores y la regulación y regularización de esta figura.

En todo caso, en la medida en que exista el copago previsto (y se generalizan los sistemas de reconocimiento de deuda¹⁴) no parece fácil que aumente drásticamente el atractivo del sistema público para aquellas personas y familias que tienen ingresos o patrimonio con el que hacer frente al pago de los servicios. De la Ley y en el discurso político que la ha acompañado, parece deducirse que el Gobierno va a potenciar sistemas y fórmulas que puedan ayudar a las personas en situación de dependencia a pagar la parte que les corresponda de su atención. Es el caso, por ejemplo, de fórmulas para licuar el patrimonio, tales como la hipoteca inversa, entre otras. Parece muy probable que el Gobier-

14 El reconocimiento de deuda es el mecanismo mediante el cual una persona se compromete con su patrimonio a hacer frente al pago por unos servicios cuando no puede hacerlo con su renta.

no potencie y regule cada vez más este tipo de sistemas, para cuyo desarrollo, en todo caso, hay que tener en cuenta los valores y costumbres de las personas y familias destinatarias de estas ofertas.

Sea como fuere, parece que nos encontramos ante un escenario en el que serán fuertes las redes privadas de servicios sociales para personas en situación de dependencia. Este ámbito está siendo objeto de interés por parte de importantes grupos empresariales fuertes en sectores que pueden tener sinergias con el de la atención a la dependencia, tales como la construcción, los seguros, la actividad financiera o actividades de servicio intensivas en mano de obra de baja cualificación (tal como suele decirse de la limpieza, la seguridad privada...). Este tipo de grupos juegan con economías de escala, especialmente valiosas en actividades que requieren cierta especialización o que tienen un margen pequeño por servicio unitario (en el caso de trabajar para la Administración pública) y suelen tender, por ejemplo, a trabajar con grandes residencias (o centros denominados sociosanitarios). En realidad, lo que cabe esperar en el medio y largo plazo es una más intensa maduración del entorno (y del mercado) de la atención a las personas en situación de dependencia. Dicha maduración, como ha ocurrido en otros sectores de actividad, llevará a una fragmentación de la cadena de valor, apareciendo nuevas actividades que serán rentables (económicamente, socialmente o en ambos sentidos). Así, por ejemplo, en los últimos tiempos parece observarse, junto a la tradicionalmente importante presencia del sector privado mercantil en los servicios residenciales, una mayor oferta de servicios domiciliarios desde ese sector¹⁵.

7.6. NUEVAS PERSPECTIVAS EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

En este apartado vamos a bucear en alguna documentación generada en

15 Un proceso a tener muy en cuenta en relación con la provisión pública y privada de servicios sociales es la consideración que acaben por tener los servicios sociales en el debate en curso en la Unión Europea acerca de la Directiva sobre los servicios en el mercado interior. Tras la votación de febrero de 2006 en el Parlamento Europeo en primera lectura de la propuesta de Directiva sobre los servicios en el mercado interior, la Comisión ha excluido los servicios sanitarios de su ámbito de aplicación y también «los servicios sociales relativos a la vivienda social, al cuidado de niños y a la ayuda a las familias y a las personas necesitadas» (CCE, 2006: 3). Con independencia de que la definición de servicios sociales que se está manejando en este debate europeo no coincide exactamente con lo que en España se entiende usualmente como servicios sociales, no cabe duda de que se ha de seguir con el mayor interés este proceso que irá determinando cómo se conjugan principios y criterios como los de subsidiariedad (que faculta a los Estados miembros para determinar qué entiende por servicios económicos de interés general y por servicios sociales de interés general), la libertad de mercado en el marco de la Unión Europea; la concurrencia, transparencia e igualdad de oportunidades en la contratación pública; la modernización de los servicios sociales y el respeto a la especificidad de los servicios sociales que los diferencia de otros tipos de servicios (CCE, 2006: 4-6).

16 Hemos accedido también a otras informaciones, por ejemplo, sobre el desarrollo normativo de la Ley asturiana de servicios sociales, el Pacto por el Bienestar Social o el informe del Defensor del Pueblo de Andalucía, borradores de nuevas leyes de servicios sociales en la Comunidad Valenciana o en Castilla y León o el Proyecto de Ley de derechos y servicios sociales de Cantabria u otras iniciativas, pero vamos a de-

las cuatro Comunidades Autónomas en las que, según nuestras noticias a la hora de escribir este texto, está en marcha el proceso para la elaboración de una nueva ley de servicios sociales¹⁶.

7.6.1. Cataluña

A los efectos de este trabajo nos vamos a basar en el documento titulado *Bases per a una nova Llei de serveis socials de Catalunya* (GC/DBF, 2004) elaborado con el concurso de personas expertas como Júlia Montserrat, Glòria Rubiol, Sebastià Sarasa o Antoni Vilà, entre otras. Según este documento, los servicios sociales «constituyen un sistema todavía débil, por la falta de cobertura universal y del reconocimiento específico del derecho subjetivo a su utilización. Es lo que se ha llamado derecho debilitado, por los recursos limitados fijados para su elegibilidad» (GC/DBF, 2004: 24).

La definición que se hace actualmente de los servicios sociales es, a juicio de este grupo, «descriptiva y muy amplia» (GC/DFB, 2004: 93). Según este documento, los servicios sociales deben promover el bienestar social, siendo sus objetivos: «conseguir la autonomía personal, familiar y de los grupos; dinamizar las relaciones personales y sociales; mejorar la calidad de vida y promover la participación; fomentar la cohesión social: prevenir y atender las situaciones de marginación y exclusión (personales, de grupo y territoriales); fomentar la resolución comunitaria de las necesidades y los problemas, y atender a las necesidades derivadas de la dependencia y de la falta de recursos básicos» (GC/DFB, 2004: 29). Para poder cumplir estos objetivos, se destaca la importancia de la coordinación entre los servicios sociales y otros y, en algunos casos, se propone la coordinación del conjunto de los servicios por parte de los servicios sociales.

Se subraya a continuación que los servicios sociales debieran dirigirse efectivamente a toda la población, superando la estructuración de los servicios sociales por «sectores de población» (GC/DBF, 2004: 95), y regirse por los siguientes principios: «universalidad; responsabilidad pública; garantía de acceso en condiciones de igualdad, equidad y justicia distributiva; proximidad y descentralización; priorización del enfoque comunitario; solidaridad; participación individual y colectiva; cohesión social; respeto por la dignidad de las personas; promoción de la autonomía de las personas; normalización en la prestación de servicios; y garantía de la calidad de los servicios» (GC/DFB, 2004: 35). En la actualidad, según se dice en el documento, los servicios sociales dejan fuera a las clases medias (GC/DBF, 2004: 94) y en sus declaraciones de principios se mezclan aquellos que hacen referencia a cuestiones constitucionales con otros que se refieren a aspectos más operativos.

Según este documento, el principal cambio que necesitan los servicios sociales es el que tiene que ver con la garantía efectiva del derecho a los servicios sociales, con especificación de su contenido prestacional y el necesario soporte

tenemos, únicamente, en las cuatro Comunidades mencionadas, por ser aquellas en las que se ha puesto a disposición pública un documento (de carácter más bien técnico) de bases previo a los textos articulados.

financiero público, mientras que en este momento lo que establece la ley es un «derecho genérico» (GC/DBF, 2004: 93), sin concreción. Según se afirma, el establecimiento de derechos conlleva la identificación del agente que tiene la obligación y la responsabilidad de hacerlos efectivos. El hecho de que una prestación sea considerada como derecho subjetivo, en todo caso, no necesariamente quiere decir que sea gratuita (GC/DFB, 2004: 40).

Por lo demás, el documento propone avances en materia de derechos y deberes de las usuarias y usuarios de los servicios sociales y en la introducción de consideraciones y controles de tipo ético en los servicios sociales. A continuación incide en la necesidad de ordenación del sistema de servicios sociales, sistema en el seno del cual se han de considerar elementos como las prestaciones (técnicas y económicas), los equipos (básicos y especializados), los proyectos comunitarios, los programas transversales. Propone, como herramienta fundamental para el funcionamiento de dicho sistema, la elaboración y aprobación de una cartera de servicios. En palabras del documento, lo que hay ahora no puede ser considerado un «verdadero sistema» (GC/DBF, 2004: 95). Se plantea también la necesidad de superar la idea de diferentes niveles (primario y especializado) y la necesidad de que los servicios estén mucho más descentralizados y pegados al territorio.

El documento, por lo demás, insiste en cuestiones como la de la mejora en la profesionalización de los servicios sociales, la evaluación o la participación. En materia de participación, la que existe actualmente se considera «formal y burocratizada» (GC/DBF, 2004: 97), con poco peso en la toma de decisiones e inadecuada mezcla de agentes de muy diferente tipo sin claridad del papel de cada uno. Según el documento, la participación de los agentes sociales y privados en la red de servicios sociales necesita ser clarificada y ordenada.

7.6.2. Navarra

En el caso de Navarra hemos revisado el *Documento base para una Ley de servicios sociales en la Comunidad Foral de Navarra* (GN/DBSJD, 2005)¹⁷, descubriendo que no contiene grandes diferencias con el documento de Cataluña. Por ello nos ha parecido oportuno incluir en este apartado una referencia a un documento aportado en el proceso de debate realizado en Navarra por parte

17 En Navarra se contaba con un documento anterior muy interesante a nuestro juicio, titulado *Documento base para un plan de atención comunitaria de servicios sociales* (GN/DBSDJ, 2000), realizado con una significativa aportación de profesoras y profesores del Departamento de Trabajo Social de la Universidad Pública de Navarra a raíz de la Orden Foral 26/1997 de creación de la Comisión Directora del Proyecto de Reordenación de la Atención Primaria de Servicios Sociales. Este documento propone la organización de la atención comunitaria de servicios sociales en cuatro programas básicos: acogida y orientación social; atención comunitaria a las personas con dificultades de autovalimiento; incorporación social; y atención a la infancia y familia. Por otra parte, insiste en la mejora del proceso de gestión de casos en lo que tiene que ver con cuestiones como la detección de necesidades, acogida, diagnóstico, acompañamiento, negociación, seguimiento y evaluación. Propone también la definición de un contenido de provisión obligatoria para los servicios sociales y la definición de zonas o niveles territoriales para ordenar adecuadamente la atención, aunque señala que se ha de realizar con cuidado la transposición de modelos del sistema sanitario a los servicios sociales, por la menor formalización de éstos (GN/DBSDJ, 2000: 21).

de la Fundación Koine-Aequalitas.

El documento base comienza señalando que «el paso del tiempo, la dinámica del cambio social y la propia práctica de la prestación de los servicios sociales, han puesto de manifiesto las carencias de la Ley Foral 14/1983, de 30 de marzo, de Servicios Sociales, en lo que respecta fundamentalmente a la definición conceptual, a los principios rectores, a la tipificación de las prestaciones y a la forma de aprobación de éstas, al modelo competencial y organizativo y a la financiación del sistema. Asimismo, los requisitos mínimos exigidos a los centros y servicios para funcionar, que estaban contemplados en la Ley Foral 9/1990, de 13 de noviembre, sobre el régimen de autorizaciones, infracciones y sanciones en materia de servicios sociales y en su norma de desarrollo, se han manifestado como insuficientes para garantizar la plena satisfacción de personas destinatarias de los mismos, por lo que se hace preciso instaurar un sistema que mida dicha satisfacción a través de estándares de calidad» (GN/DBSDJ, 2005: 12-13). A continuación, el documento plantea para los servicios sociales unos objetivos, principios y conceptos muy similares a los referidos en el caso del documento catalán, con algunas diferencias como que, por ejemplo, no se cuestiona la diferenciación existente entre atención primaria y atención especializada. En el caso de la atención primaria recoge los cuatro programas del documento de 2000 antes mencionado y, posteriormente, concede mayor peso al voluntariado social que el documento catalán.

Por su parte, la Fundación Koine-Aequalitas busca que se apruebe una legislación de servicios sociales que:

- «Garantice el derecho universal, subjetivo y exigible a los servicios sociales: mediante el establecimiento expreso en la misma de este derecho, la concreción de este derecho en un contenido preciso dentro de una Cartera de Servicios Sociales de la Comunidad Foral Navarra que se ha de aprobar asimismo con rango legal y con carácter estable, y el establecimiento de procedimientos, con carácter jurisdiccional, de exigibilidad de este derecho subjetivo.
- Consiga la universalización de los servicios sociales para todos los ciudadanos y ciudadanas navarras, mediante su garantía en esta Ley, y mediante el estudio continuo de necesidades en profundidad y coherente con la Cartera de Servicios Sociales; la planificación continua de cobertura de servicios que responda a las necesidades presentes y futuras, y con una sectorización territorial y funcional –por colectivos– adecuada; la dotación presupuestaria suficiente, tanto en el mantenimiento de los servicios como en inversiones e I+D+I, la planificación general de las necesidades de profesionales y voluntarios de los servicios sociales y de sus niveles de cualificación a lo largo del tiempo.
- Alcance y garantice estructuras promotoras y necesarias de la calidad (profesionales cualificados suficientes, servicios con ratios y condiciones materiales, técnicas y funcionales adecuadas) mediante la aproba-

- ción, con rango de ley, de una Cartera de Servicios Sociales adecuada a los niveles de calidad requeridos: en ratios, condiciones funcionales, equipamientos...; la mejora de las condiciones salariales del sector de servicios sociales; una política integral de personas –profesionales y voluntarios– del sector, un claro apoyo a los programas de I+D+I¹⁸ y por tanto al reconocimiento de los profesionales y servicios dedicados a la investigación y a la promoción de la calidad.
- Establezca un modelo de cooperación y concertación público-privado que comporte el reconocimiento y el fomento de las entidades del Tercer Sector Social en Navarra como los representantes y promotores de la igualdad de oportunidades de los colectivos a los cuales afecta el Sistema Navarro de Servicios Sociales y que reconozca y garantice la prioridad de contratación para la gestión de servicios sociales con la extensa red privada de servicios sociales que las mismas vienen ofreciendo a las personas en riesgo de exclusión social o con especiales necesidades de apoyo. Así, es preciso definir un marco de concertación económico estable para la prestación de servicios sociales de calidad, basado en un modelo de concierto de servicios similar al modelo de sanitario o educativo, que abarque todas las políticas públicas (servicios sociales, trabajo, justicia, servicios socio-sanitarios) y que potencie el papel del Tercer Sector de Navarra en la provisión de los servicios mediante medidas de concertación que protejan el valor añadido que este sector aporta en la gestión de servicios (calidad, participación social, inserción laboral y social,...)» (Fundación Koine-Aequalitas, 2006: 4-5).

7.6.3. País Vasco

En el caso de la Comunidad Autónoma del País Vasco vamos a tomar como referencia el *Dossier para el debate* (Fantova (coord.), 2005) que el Gobierno Vasco ha encargado de cara al proceso iniciado (www.eraiki.info) para la mejora de los servicios sociales vascos y para la elaboración de una nueva Ley de servicios sociales. El dossier se abre con un documento de síntesis titulado «Situación y perspectivas del sistema público de servicios sociales en la Comunidad Autónoma del País Vasco», que intentaremos resumir a continuación.

El documento se refiere, en primer lugar, a la conceptualización de los servicios sociales, identificando en los usos cotidianos y en las disposiciones normativas dos interpretaciones erróneas, la que los confunde (en sus fines o estructuras) con el conjunto de ramas del bienestar social y la que los considera como un sistema residual, sin contenido propio. Según este informe, «se debe huir de esas dos interpretaciones y atender a las aportaciones que consideramos más relevantes en el seno de la comunidad científica, institucional y profesional relacionada con la disciplina o disciplinas de referencia. Ello nos invita a consi-

18 Investigación, desarrollo e innovación.

derar los servicios sociales en términos de prestaciones técnicas y otras actividades en las que se brinda ayuda o apoyo, fundamentalmente relacional y de proximidad, para la cobertura de carencias y el desarrollo de potencialidades en lo que tiene que ver con la autonomía (o dependencia) personal y la integración (o exclusión) comunitaria y social en general» (Fantova (coord.), 2005: 11).

El informe, que se centra en el sistema público de servicios sociales pero que contiene apreciaciones aplicables al conjunto de los servicios sociales, considera necesario reafirmar que todas las personas pueden ser destinatarias, en principio, de los servicios sociales. Consta, sin embargo, que «esta afirmación, que nuestra legislación realiza, no se verifica siempre en la gestión cotidiana y en la percepción ciudadana acerca de los servicios sociales» (Fantova (coord.), 2005: 13). A juicio de las personas que han escrito este dossier, los servicios sociales distan de haber alcanzado en nuestro entorno el estadio del desarrollo en el que se brindan efectivamente a todas las personas para la respuesta a una serie de necesidades que son, a juicio de este informe, las que caracterizan los servicios sociales (apoyo personal para el desenvolvimiento autónomo, desarrollo de capacidades y soporte en situaciones de vulnerabilidad, riesgo o exclusión...).

Según se señala a continuación, «se impone un siguiente paso consistente en identificar con mayor claridad el elenco de prestaciones y servicios que se ofrecen por parte del sistema público de servicios sociales, estableciendo claramente, cuando menos, la obligatoriedad de algunas de ellas (y las consecuencias derivadas de su falta de provisión)» (Fantova (coord.), 2005: 16). En el informe, después de proponer una lista tentativa de prestaciones y servicios, se señala que se entiende que las prestaciones económicas que dispense el sistema de servicios sociales han de ser, necesariamente, prestaciones afectadas o finalistas, es decir, prestaciones orientadas a los fines propios del sistema de servicios sociales y no a los fines de otros sistemas. Se apunta a continuación el que es, a juicio de este informe, «uno de los principales defectos de nuestros servicios sociales (...): la existencia, en muchos casos, de una especie de compartimentos estancos entre los servicios existentes para distintos colectivos preestablecidos. Ello contribuye en muchos casos a la segregación y estigmatización de las usuarias y usuarios, dificultando abordajes más comunitarios, transversales, flexibles y eficientes, así como el desarrollo y fortalecimiento de los métodos de intervención y, en general, del propio sistema público de servicios sociales, generando duplicidades y lagunas» (Fantova (coord.), 2005: 18).

A continuación, el informe analiza en qué medida el modelo de referencia vigente en la literatura científica y técnica relacionada con los servicios sociales (que plantearía una intervención social próxima, personalizada, preventiva, comunitaria, normalizada, integradora e integral) es practicado en los servicios sociales realmente existentes. A su juicio, la aplicación cabal de ese modelo pasaría, en buena medida, por un reforzamiento significativo de la gerencia de caso y, en todo caso, por la generación de unas condiciones, hoy inexistentes o, al menos, insuficientes, como el reforzamiento de las unidades de atención primaria y mayor proximidad y vinculación entre éstas y las de atención especializada.

El informe se ocupa a continuación de aspectos de gestión en los servicios sociales y propone mejoras, por ejemplo, en la gestión de los recursos humanos (con atención a su necesaria interdisciplinariedad) o la gestión de la información. Tal como señala el informe, las iniciativas de mejora de la gestión de los servicios sociales frecuentemente se realizan bajo los denominados modelos de gestión de calidad. Según este informe, este tipo de iniciativas merecen una consideración positiva «sobre todo en la medida en que sean capaces de promover compromisos con la cultura del cambio en las organizaciones. Para ello es recomendable que se promueva una integración fecunda entre las tradiciones, culturas, concepciones y herramientas de gestión más enraizadas o asentadas en los servicios sociales y aquellas que provienen de otros ámbitos» (Fantova (coord.), 2005: 23).

A la hora de analizar la estructura del sistema público de servicios sociales, se señala que éste «ha venido enfrentando nuevos requerimientos e incorporando nuevos recursos sin abordar, simultáneamente, los necesarios procesos de fortalecimiento o desarrollo de sus estructuras organizativas o administrativas. Por ello (...) en este momento, adolece de graves deficiencias, fundamentalmente en lo que tiene que ver con la distribución de funciones y las dinámicas de coordinación» (Fantova (coord.), 2005: 24). También subrayan la necesidad urgente de ordenar y clarificar las relaciones entre el sector público y los agentes no gubernamentales, perfilando sus respectivos papeles¹⁹.

En cuanto a la regulación jurídica de los servicios sociales, afirman que «las tendencias que se observan en los sistemas que podríamos tomar como referencia marcan una orientación que, a nuestro juicio, va apareciendo cada vez como más deseable para los servicios sociales públicos. Éste no es otro que el de su reconocimiento en términos de derechos subjetivos, vale decir, personalizables y exigibles ante los tribunales por parte de la ciudadanía» (Fantova (coord.), 2005: 29). Con todo, el informe se muestra escéptico con la virtualidad de un reconocimiento de derechos en una nueva ley que no viniera soportado por un desarrollo real de los servicios realmente existentes y por un desarrollo normativo sobre cuestiones como la cartera de servicios, la ordenación del sistema, los requisitos de los servicios y la financiación. Apuntan también la importancia de crear un clima de participación y colaboración que haga creíbles a los ojos de

19 En relación con el denominado tercer sector de acción social en España, Pérez-Díaz y López-Novo señalan que hay que resaltar el gran peso que tienen unas pocas entidades (las tres primeras entidades del sector representan el 50% de las personas asalariadas y el 64% de las voluntarias) y el tamaño mínimo de la mayoría de las entidades (en especial en el caso de las asociaciones), frecuentemente jóvenes (sólo el 9% de las asociaciones y el 40% de las fundaciones se creó antes de 1977, el 51% de las asociaciones y el 35% de las fundaciones se crearon en los noventa), modestamente complejas y de ámbito local. Se trataría de entidades con escasa colaboración entre sí (no más del 30% lo hacen regularmente), con muy poca relación con el mundo empresarial (sólo el 6% de las entidades declaran que mantienen una colaboración constante con empresas) y con una alta dependencia de la financiación pública, básicamente a través de subvenciones. Una estimación del total de los recursos humanos del sector sugiere para 1999 una cifra de algo menos de un millón de personas ocupadas en actividades de acción social en el tercer sector (en torno a 200.000 asalariadas y unas 730.000 voluntarias). Los ingresos económicos del sector en 1999 habrían sido de 5.640 millones de euros (Pérez Díaz y López-Novo, 2003).

los diferentes agentes los cambios que se van introduciendo.

Se aborda por último la cuestión clave de la financiación, apuntándose la necesidad de un nuevo pacto por la financiación de los servicios sociales en el que cada uno de los niveles institucionales y, en general, de los agentes que participan en la financiación de los servicios asuma su responsabilidad. Subrayan la necesidad de desarrollar un sistema que no excluya a nadie por defecto o por exceso de recursos y que el nivel de copago no resulte, como ahora ocurre, disuasorio para la utilización del sistema público de servicios sociales por parte de las clases medias, que son incentivadas para acudir a los servicios sociales privados.

7.6.4. Galicia

En el caso de Galicia nos vamos a referir al documento de bases (XG/VIB/SXB, 2006) que se plantea sobre una serie de «ejes de cambio político» que pueden resultar ilustrativos de la percepción acerca de los servicios sociales que comparte el grupo de personas expertas que ha elaborado el documento. Son los siguientes:

- Configurar el sistema de servicios sociales, precisando y acotando sus prestaciones y prioridades, como uno de los pilares del Estado de bienestar, a la par de los sistemas educativo, sanitario y de pensiones.
- Reconocer y regular el derecho de acceso a las prestaciones del sistema de servicios como derecho reconocible que deriva de situaciones objetivas, técnicamente valoradas.
- Mejorar la gestión de los servicios sociales, con la creación de un instituto de servicios sociales y apostando por la calidad en la gestión.
- Mejorar los niveles de cobertura en todo el territorio con equilibrio y equidad territorial.
- Crear un sistema de servicios integrado donde los recursos de titularidad pública no sean subsidiarios del sistema privado, sino donde lo público y lo privado se integren y complementen en consonancia con una ordenación y unos estándares de calidad garantizados por los poderes públicos.
- Establecer el marco legal para un sistema único, que integre y armonice las actuaciones e iniciativas que se fueron agregando en los últimos años a la estructura definida en las leyes de servicios sociales como los sistemas de inclusión social y atención a la dependencia.
- Mejorar las condiciones socioeconómicas y compensar el déficit de oportunidades de las personas más desfavorecidas o en situación de desventaja personal o social.
- Facilitar la coordinación interdepartamental de las diferentes áreas del gobierno, de modo que se avance hacia una verdadera política transversal en el marco del bienestar social.
- Superar la tendencia de hacer dejación de responsabilidades en la

- prestación de servicios sociales a la ciudadanía, garantizando, en cambio, estructuras viables de corresponsabilidad técnica y financiera entre las administraciones competentes.
- Facilitar y estimular la participación de toda la sociedad en la gestión de los servicios sociales, impulsando el voluntariado social y fomentando el papel de las entidades sin ánimo de lucro y de los colectivos como motores de la prestación de servicios innovadores.
 - Impulsar la mejora de la cualificación y formación permanente de los trabajadores y trabajadoras de servicios sociales.
 - Garantizar la sostenibilidad del sistema estableciendo la financiación suficiente.
 - Integrar las políticas contra la pobreza y la exclusión social de las más desfavorecidas y desfavorecidos.
 - Garantizar la autonomía personal de las personas en situación de dependencia, desde una perspectiva transversal en el gobierno.
 - Contribuir a la consecución de los objetivos de las políticas de igualdad de género.
 - Prestar una especial atención a la prevención de los factores de vulnerabilidad de las personas permitiendo articular una respuesta pública específica y adaptada a sus necesidades.

Entre los derechos de las usuarias y usuarios de los servicios sociales, el documento destaca el de contar con una o un profesional de referencia que actúe como interlocutora o interlocutor principal y asegure la coherencia y globalidad de la intervención. A la hora de plantear la estructuración del sistema se señala que se busca una mayor racionalidad y simplificación, así como evitar el excesivo peso que hoy en día tiene en los servicios sociales la clasificación de las usuarias y usuarios por «colectivos» (XG/VIB/SXB, 2006: 21-30). Por lo demás, se incide, como en otros documentos mencionados, en carencias de planificación, despliegue territorial, articulación, garantía de prestaciones, financiación, profesionalización, calidad o participación. En particular, el documento refleja una especial preocupación por la sostenibilidad financiera del sistema de servicios sociales, proponiendo la fijación de unos compromisos de consignación presupuestaria por parte de las Administraciones concernidas. También insiste en el reforzamiento de la autonomía de la Comunidad Autónoma para el caso de municipios que incumplan sus obligaciones en materia de provisión de servicios sociales.

Por lo demás, el documento no incorpora especiales novedades en relación con el catalán antes mencionado e, incluso, como en el caso navarro, sigue un esquema de bases muy parecido. La iniciativa se enmarca, según el texto, en una nueva generación de leyes españolas de servicios sociales cuya necesidad atribuye, fundamentalmente, a los cambios sociales vividos en los últimos años (XG/VIB/SXB, 2006: 9).

7.7. CONSIDERACIONES Y CONCLUSIONES FINALES

A lo largo de las anteriores páginas hemos ido recogiendo fragmentos de información aportados por diferentes personas e instituciones de referencia intentando componer este puzzle de lo que podría llegar a ser un diagnóstico técnico e institucional de nuestros servicios sociales (con propuestas de mejora). En algunos casos nos ha interesado resaltar la existencia de redundancias, en otros, aportaciones singulares. Sea como fuere, vamos a intentar, para finalizar nuestro texto, sintetizar los elementos principales, los rasgos fundamentales con los que nos quedamos al terminar esta revisión. Seguiremos el orden de cuestiones principales recogido en la introducción de este texto.

Conceptualización de los servicios sociales y objetivos y enfoques permanentes

La primera asignatura pendiente que aparece es, a nuestro juicio, la de la propia conceptualización o identificación de los servicios sociales como ámbito para la intervención, la gestión, la política o el estudio. La existencia y vigencia de discursos académicos, políticos, comerciales, técnicos o de otro tipo que contribuyen a la invisibilidad de los servicios sociales no es un asunto baladí pues aquello que no se nombra no existe a efectos de articular medidas, de evaluar sistemáticamente, de gestionar el conocimiento o de incorporarlo en redes. No nos encontramos, por tanto, ante una mera²⁰ cuestión terminológica. Una rama de actividades, un sistema de servicios en construcción, como es el de los servicios sociales, es particularmente sensible a este tipo de cuestiones de definición o encuadre pues, si se nos permite la expresión, lo que se *tuerce* en el momento de su configuración y presentación social, resulta más difícil de *enderezar* después.

Una cuestión muy unida a la anterior es la que tiene que ver con la identificación de las necesidades a las que deben dar respuesta los servicios sociales y, consiguientemente, sus objetivos y enfoques permanentes. Frente a la concepción más admitida en la comunidad científica y técnica que entendería que los servicios sociales responden a determinadas necesidades (de ayuda personal, acompañamiento social...) de cualquier persona, tiene fuerza en muchas mentalidades y no pocas prácticas la visión de los servicios sociales como aquellos que deben responder, por decirlo así, a todas (o muchas de) las necesidades de determinados tipos o colectivos de personas. Estas concepciones y estas prácticas contribuyen, en nuestra opinión, a mantener a los servicios sociales en un estadio de confusión e inmadurez como rama de actividades o sistema de protección en nuestro país.

Se diría que los servicios sociales españoles, deseablemente conectados en redes de diversa índole con los servicios sociales de otros países y con otros agentes e instancias en nuestro propio país, están ante el reto de construir, a partir de la experiencia práctica y con base en la evidencia científica, un modelo operativo de atención que permita superar el existente divorcio entre las declaraciones (vinculadas a conceptos como prevención, personalización, atención in-

²⁰ Si es que tal cosa puede existir, pues, como decía Albert Camus, nombrar mal las cosas es agravar la desgracia del mundo.

tegral, enfoque comunitario, relación de ayuda, continuidad de cuidados, proximidad, promoción de los apoyos y las redes familiares y comunitarias, gestión de casos, empoderamiento, inclusión, autogestión...) y una realidad frecuentemente alejada de esos conceptos.

Cartera de prestaciones y servicios y sistemas de organización y gestión

Ese desarrollo técnico tiene que llevar aparejada la decantación de un elenco de prestaciones y servicios propios y característicos de los servicios sociales suficientemente acotados para las y los profesionales y claramente reconocibles para la comunidad. La otra cara de la moneda de este desarrollo técnico será la inclusión de dichas prestaciones y servicios en catálogos y carteras formalmente establecidos y suficientemente garantizados desde las políticas públicas de servicios sociales. Necesitamos levantar con nueva coherencia un entramado de procesos en el que:

- Se reconozca con claridad cuál es la cadena básica de valor de los servicios sociales, el proceso circular e interactivo de intervención social que dota de identidad a los servicios sociales y con el que se vinculan las prestaciones y actividades y, consiguientemente, los recursos y las competencias nucleares características de la rama, principalmente de carácter relacional.
- Estén claramente ensambladas con esas prestaciones y actividades características de los servicios sociales una serie de prestaciones o actividades de soporte (como puede ser el alojamiento en un servicio residencial) que, sin embargo, nunca deben volver invisible o insignificante la centralidad de la relación de ayuda en los servicios sociales.
- Se articulen, cuando sea necesario, prestaciones propias o típicas de otras ramas del bienestar social (como las sanitarias o educativas) facilitándose, en todo caso, la orientación de la intervención a las necesidades y aspiraciones de las usuarias y usuarios.
- Cobren fuerza y especificidad toda una serie de procesos de gestión que hoy en día están infradesarrollados, tales como la planificación, la evaluación, la gestión de las relaciones o la gestión del conocimiento.

Si no se avanza proactivamente en esta línea, nos vamos a encontrar, posiblemente, con unos servicios sociales cada vez más colapsados y frecuentemente percibidos como una oficina de administración de prestaciones económicas o un aparato de control social. Unos servicios sociales cada vez más incapaces de salir al encuentro de la comunidad, de conectarse en red con otros recursos. También podemos encontrarnos con unos servicios sociales estructurados de manera cada vez más rígida por una segmentación de la población (en colectivos) que es cada

21 No se debe entender esta afirmación como una crítica a las organizaciones y personas que gestionan, muchas veces desde la iniciativa social, estos servicios sociales denominados especializados, sino

vez más obsoleta y que incluso puede contribuir, indeseadamente, a la estigmatización y segregación de algunas personas²¹. También podemos encontrarnos con un funcionamiento general del sistema cada vez más caótico, en el que las iniciativas de introducir orden pueden contribuir a desordenar el sistema.

Y es que, desde el punto de vista del desarrollo institucional, si hubiera que resumir la percepción compartida sobre los servicios sociales españoles en las últimas décadas, habría que hablar de *crecimiento desordenado*. No puede negarse que en los últimos treinta años se han ido incrementando progresivamente las prestaciones y programas del ámbito de los servicios sociales y que hoy la envergadura de nuestros servicios sociales no es en absoluto despreciable. Sin embargo, el conjunto de dichas prestaciones y programas se ha ido haciendo progresivamente más ineficiente. Cuando un sistema va entrando en una situación en la que, cada vez más, unos esfuerzos anulan a otros, algo grave está pasando. Es así que nuestros servicios sociales han llegado a convertirse en una confusa amalgama de iniciativas en la que:

- Las posibilidades de acceso a los servicios varían drásticamente según el tipo de necesidad que se tenga o según el lugar en el que se viva, por poner dos ejemplos.
- Frecuentemente no queda claro donde empieza y dónde termina el ámbito de la responsabilidad pública.
- Se da una importante fragmentación y descoordinación entre el amplio abanico de instituciones y agentes participantes.
- No existen apenas instancias comunes con un papel suficientemente reconocido (en materia de planificación, evaluación, coordinación, innovación...).

En lo relacionado con el reparto de responsabilidades entre diferentes agentes y, particularmente, entre diferentes Administraciones aparecen, básicamente, tres tipos de retos:

- El que tiene que ver con la creación de condiciones de posibilidad para la aplicación del enfoque comunitario que subraya la importancia de la proximidad entre la atención de los servicios sociales y los entornos naturales familiares y comunitarios de las personas.
- El que busca una mayor racionalidad organizativa y una mejora de la gestión que hagan posible llevar a la práctica principios como la accesibilidad de los servicios, la posibilidad de elección, la continuidad de los cuidados o la eficiencia.
- El de la congruencia entre las responsabilidades encomendadas y los recursos disponibles, vinculado a debates más amplios como el de la

como una reflexión sobre el conjunto de una rama de actividades o red de servicios que no está consiguiendo progresos significativos en la superación del modelo de atención estructurado por colectivos pre-establecidos desde hace décadas.

financiación municipal o las aportaciones económicas que realizan y reciben las diferentes instituciones públicas, pero también a la asunción de cada Institución de sus propias responsabilidades y objetivos estratégicos en materia de servicios sociales, abandonando el planteamiento de gastar en servicios sociales sólo aquellos fondos finalistas que se reciben al efecto.

En cualquier caso, se diría que, en buena medida, está por hacer una política basada en el conocimiento o la evidencia que dé respuesta al reto que supone que las unidades organizativas que conforman el denominado sistema público de servicios sociales sean, a la vez (y de forma mucho más orgánica), parte de otros sistemas (instituciones) como son los Ayuntamientos o las Comunidades Autónomas. La inexistencia, prácticamente, de sistemas de información para la gestión en las redes de servicios sociales puede explicarse, en parte, por este hecho.

Régimen financiero y jurídico

La reestructuración que necesitan nuestros servicios sociales debe ir muy posiblemente aparejada a un incremento del gasto público en los mismos en una línea de progresiva equiparación a los países más avanzados de nuestro entorno. A la hora de articular la financiación pública y la financiación por parte de las usuarias y usuarios de los servicios sociales podríamos identificar, al menos las siguientes alternativas:

- La de gratuidad absoluta de los servicios, que se financiarían vía impuestos.
- El pago de una pequeña cantidad como *ticket moderador* para prevenir algunos usos inadecuados o excesivos de los servicios.
- El pago vinculado a las prestaciones de soporte (como alojamiento o alimentación) considerándose gratuitas las prestaciones que son más propiamente de intervención social.
- La alternativa del copago de usuarias y usuarios como aportación fundamental para la financiación de los servicios sociales.

Esas posiciones caracterizan un debate que es, en definitiva, el debate acerca de la universalidad efectiva del sistema público de servicios sociales porque a partir de unos determinados niveles o modalidades de copago, el sistema público deja de ser atractivo (o, mejor dicho, sigue sin ser atractivo) para determinadas capas sociales que en la tesitura de pagar lo mismo o poco más pueden preferir los servicios sociales privados (tengan o no tal nombre) u otro tipo de soluciones. Si esas capas sociales son mayoritarias se acentúa la deslegitimación del sistema que tiende a ser considerado por dichas capas sociales mayoritarias como un sistema residual para determinados grupos minoritarios o marginales. Obviamente, la suerte que corra el sistema público de servicios sociales resulta

determinante para el conjunto de la rama de servicios sociales (muchas de cuyas prestaciones y programas son poco conocidos por la población).

En España, en cualquier caso, al hablar de servicios sociales hay que hacer referencia a la importancia cuantitativa y cualitativa del sector voluntario y, cada vez más, del sector privado convencional. Por ello, un reto central es el clarificar y desarrollar el papel que haya de corresponder a las diferentes esferas (pública, mercantil, no lucrativa...) en el ámbito de los servicios sociales (y el de la relación de éstos con las redes informales familiares y comunitarias). Si bien esta cuestión es, posiblemente, la central para la distinción de orientaciones filosóficas en materia de política social o modelos de sistema de bienestar o protección social, lo que se observa en nuestro entorno es un consenso bastante amplio en cuanto a la estructuración de los servicios sociales en una clave de modelo mixto que:

- Apueste por un papel estratégico del entramado de servicios de responsabilidad pública en el ámbito de los servicios sociales españoles.
- Permita incrementar el soporte a las familias (con enfoque de género, poniendo especial énfasis en combatir las desigualdades entre hombres y mujeres), intentando, a la vez, que éstas conserven, utilicen y potencien en la medida de lo posible su capacidad para la ayuda personal y el apoyo social a sus miembros.
- Siga apoyándose en la fuerza de la iniciativa social y voluntaria, potenciando el desarrollo comunitario y buscando sinergias entre el tercer sector y las administraciones públicas, tanto para la gestión de servicios de responsabilidad pública como para iniciativas fuera de ese ámbito, imprescindibles si se desea un sector de la intervención social dinámico e innovador.
- Mantenga la existencia del copago por parte de las personas usuarias, en función de su capacidad económica, al menos para algunas prestaciones en el ámbito de los servicios sociales.
- Regule la existencia y el funcionamiento de servicios sociales privados, así como la participación en condiciones de claridad y seguridad de la iniciativa privada en la gestión de servicios de responsabilidad pública.

Ello no quiere decir que ese modelo sea el realmente existente en este momento, puesto que las relaciones entre estas diferentes esferas de las que hablamos, frecuentemente, no se dan en clave de colaboración, alianza y sinergia sino que, más bien, aparecen notables deficiencias o insuficiencias en cuanto a la comunicación, la claridad en los papeles y modalidades de relación y el reconocimiento recíproco.

Del mismo modo que decimos que hay un consenso generalizado, en los márgenes establecidos, sobre la utilización del denominado modelo mixto en los servicios sociales, también parece haberlo acerca del establecimiento de derechos subjetivos en la materia, hasta el punto de que ése parece ser el *leit motiv* de todas las reformas legislativas en marcha. Ahora bien, esto no quiere decir,

ni mucho menos que esté despejado un horizonte compartido, puesto que las dudas aparecerían más bien, en relación con el contenido del catálogo de prestaciones y en la determinación, dentro de aquellas prestaciones que el sector público esté obligado a entregar, de cuáles serían gratuitas y de las cuantías y modalidades para el copago por parte de las usuarias y usuarios.

Consideraciones finales

La red española de servicios sociales ha vivido, con anterioridad, diferentes encrucijadas estratégicas, a partir del momento en el que comenzó a desarrollarse. En otras de esas encrucijadas se han tomado opciones. Una de ellas, muy importante, tuvo que ver con el reparto de responsabilidades dentro del entramado de servicios sociales. Otra, con el reconocimiento del papel de la iniciativa privada (y, en particular, de la iniciativa social) en el sistema de servicios sociales. Otra, de gran importancia, es la que tuvo que ver con la creación y el incremento (bien que desigual) de las prestaciones (en particular económicas) de lucha contra la exclusión social. Cada una de las opciones que se ha tomado en relación con estas grandes cuestiones que hemos mencionado ha tenido su importante impacto en el desarrollo de nuestros servicios sociales. Y ese impacto siempre ha sido complejo. En parte ha fortalecido el sistema y en parte lo ha debilitado. En parte ha creado oportunidades y en parte a generado amenazas. Así, por ejemplo:

- El fortalecimiento del papel de los entes locales (frente a una gestión más centralizada en las Comunidades Autónomas o una mayor coordinación e incidencia por parte de la Administración General del Estado) permite aproximar los servicios y su gestión a la comunidad. Sin embargo, también hay que reconocer que ha permitido que se fueran dando importantes desigualdades entre territorios.
- La participación de la iniciativa social configura un tejido institucional participativo que permite responder antes y mejor a muchos retos. Sin embargo, en muchos momentos, ha servido de excusa para no afianzar y desarrollar la responsabilidad pública en materia de servicios sociales.
- La potencia de las políticas y, en particular, de las prestaciones económicas contra la exclusión social han permitido que en todas las Comunidades Autónomas haya algún tipo de esquema de rentas mínimas. Sin embargo, han escorado gravemente a los servicios sociales (y, en particular, a los servicios sociales de base) hacia un determinado tipo de problemáticas y de actividades (fuertemente administrativas).

En este momento nos encontramos posiblemente ante una nueva encrucijada estratégica que viene definida, fundamentalmente, por cuatro parámetros:

- El propio cansancio del sistema que, como hemos dicho, da cada vez más muestras de no poder soportar la cantidad de necesidades a las que debe dar respuesta, de recursos que consume y de actividades que realiza con las estructuras que tiene, en un contexto de incumplimiento grave y reiterado de las promesas y programas políticos en relación con los servicios sociales y, en general, con la respuesta a necesidades sociales de agentes o sectores sociales menos visibles o capaces de hacer oír su voz.
- El incremento de la preocupación social y política en relación con fenómenos como el envejecimiento de la población, la inmigración, las pobrezas, cambios en los modelos familiares, la violencia de género y urbana, la conciliación de la vida laboral y familiar, las nuevas precariedades y vulnerabilidades provocadas por la globalización económica y la flexibilización del mercado laboral...
- La existencia de una nueva ola de leyes autonómicas de servicios sociales que giran en torno a la configuración de derechos subjetivos, formalización de catálogos de servicios...
- La aprobación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

En este contexto se vislumbra la necesidad y la oportunidad de una nueva fase para el desarrollo de los servicios sociales. ¿Por qué? Porque los servicios sociales se están estratégicamente colocados en la interfaz entre el sistema formal de protección social y esas redes familiares y comunitarias cambiantes de las que hemos hablado. Porque la debilidad de los servicios sociales está comprometiendo la eficacia conjunta del entramado de bienestar o protección social. Porque los servicios sociales se dedican a ese apoyo personal, a ese acompañamiento social, a esa intervención comunitaria cuya necesidad se está incrementando exponencialmente en este momento histórico. Porque el fortalecimiento de los servicios sociales podría permitir dar una respuesta interesante, sinérgica y eficiente a retos diversos como los que tienen que ver con el envejecimiento de la población; la conciliación de la vida familiar, laboral y personal o la cualificación profesional e inserción laboral de un buen número de personas. Porque los servicios sociales son una pieza clave para responder a una serie de riesgos sociales difusos y a veces ocultos pero que, sin embargo, afectan de forma importante a la calidad de vida de la población, al bienestar social, a su calidad moral y, en definitiva, a la sostenibilidad de nuestra sociedad.

La complejidad del escenario permite imaginar muy diferentes dinámicas que podrían contribuir, sinérgicamente, a abrir esa nueva etapa: acceso de personas más especializadas o con más peso a responsabilidades políticas que van siendo percibidas como más estratégicas, consolidación de espacios profesionales menos vulnerables a injerencias políticas indebidas (relevo de la política por el conocimiento en algunos ámbitos), fortalecimiento de liderazgos profesionales y redes de conocimiento, mejora del clima político general que facilite la construcción de políticas consensuadas, fortalecimiento de las redes repre-

sentativas de sectores afectados por los nuevos riesgos sociales, efecto demostración de las iniciativas tomadas en unas Comunidades Autónomas en otras, efectos positivos de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia... En el amplio y diverso campo de los servicios sociales españoles, en las muy diferentes instancias relacionadas con ellos contamos con un capital (humano, relacional, moral, intelectual, estructural, material, económico, social...) que puede hacer posible responder a los complejos retos que hemos ido identificando en este documento. A esa comunidad, a esa red, a esas personas se dirige este informe, como modesta contribución a la acumulación de energías, de inteligencia, de recursos, de conocimiento, de memoria histórica, de capacidad estratégica y de valores compartidos que nuestros servicios sociales necesitan.

7.8. BIBLIOGRAFÍA

- ALEMÁN BRACHO, M.C. y GARCÍA SERRANO, M. (2005): *Servicios sociales sectoriales*. Madrid, Ramón Areces.
- ALEMÁN, C. y FERNÁNDEZ GARCÍA, T. (2004): *Introducción a los servicios sociales*. Madrid, UNED.
- ALEMÁN, C. y otros (coords.) (2003): *Políticas sociales en la España de las autonomías I*. Madrid, Escuela Libre Editorial.
- ALEMÁN, C. y otros (coords.) (2003): *Políticas sociales en la España de las autonomías II*. Madrid, Escuela Libre Editorial.
- ALGUACIL, J. (2006): «Barrios desfavorecidos: diagnóstico de la situación española» en VIDAL, F.(dir.) (2006): *V informe FUHEM de políticas sociales. La exclusión social y el Estado de bienestar en España*. Madrid, Fundación Hogar del Empleado, pp. 155-168.
- ALIENA, R. (2005): *Descenso a Periferia. Asistencia y condición humana en el territorio de lo social*. Valencia, Nau Llibres/Universitat de València.
- ANHEIER, H. y otras (2002): *Social services in transition: towards a European social services information system*. Frankfurt, Observatory for the Development of Social Services in Europe.
- ANHEIER, H. y otras (2003): *Social services in Europe: an annotated bibliography*. Frankfurt, Observatory for the Development of Social Services in Europe.
- ARRIBA, A. (2005): «Las reformas de la protección social frente a la pobreza: asistencia social y garantía de mínimos» en RODRÍGUEZ CABRERO, G. y otras: *Actores sociales y reformas del bienestar*. Madrid, CSIC, pp. 115-143.
- BAHLE, T. (2003): «The changing institutionalization of social services in England and Wales, France and Germany: is the welfare state on the retreat?» en *Journal of European Social Policy*, vol. 13(1), pp. 5-20.
- CASADO, D. (2002): *Reforma política de los servicios sociales*. Madrid, CCS.
- CASADO, D. (2005): «Sobre perfeccionamiento de los servicios sociales» en LÓPEZ-AROSTEGI, R. y otras: *Situación y perspectivas del sistema público de servicios sociales en la Comunidad Autónoma del País Vasco*. Vitoria-Gasteiz, Gobierno Vasco, pp. 35-67.
- CASADO, D. y GUILLÉN, E. (2001): *Manual de servicios sociales*. Madrid, CCS.
- CCE (Comisión de las Comunidades Europeas) (2006): *Comunicación de la Comisión*.

- Aplicación del programa comunitario de Lisboa. Servicios sociales de interés general en la Unión Europea.*
- CES (Consejo Económico y Social) (2001): *La pobreza y la exclusión social en España: propuestas de actuación en el marco del plan nacional para la inclusión social* (www.ces.es).
- CES (Consejo Económico y Social) (2005): *Informe sobre el borrador del III Plan nacional de acción para la inclusión social del Reino de España 2005-2006* (www.ces.es).
- DE LA RED, N. (2005): «Hacia la intervención integral en servicios sociales» en GUILLÉN, E. (comp.): *Sobre problemas y respuestas sociales*. Barcelona, Hacer, pp. 275-289.
- DGIS/SESSFD/MTAS (Dirección General de Inclusión Social/Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad/Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales) (2004): *El sistema público de servicios sociales. Plan concertado de prestaciones básicas en corporaciones locales 2003-2004* (www.mtas.es).
- DPA (Defensor del Pueblo Andaluz) (2005): *La situación de los servicios sociales comunitarios en Andalucía* (www.defensor-and.es).
- EGUIAGARAY, J.M. (dir.) (2006): *El sistema español de servicios sociales y las necesidades derivadas de la atención a la dependencia. Debate de expertos*. (www.fundacionalternativas.com).
- FANTOVA, F. (2004): «Política familiar e intervención familiar: una aproximación» en *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, núm. 50, pp. 121-134.
- FANTOVA, F. (2005): *Manual para la gestión de la intervención social. Políticas, organizaciones y sistemas para la acción*. Madrid, CCS.
- FANTOVA, F. (coord.) (2005): *Situación y perspectivas del sistema público de servicios sociales en la Comunidad Autónoma del País Vasco*. Vitoria-Gasteiz, Gobierno Vasco.
- FANTOVA, F. (2006): *Servicios sociales y conciliación de la vida familiar, laboral y personal* (www.fantova.net).
- FERNÁNDEZ GARCÍA, T. y ARES, A. (coords.): *Servicios sociales: Dirección, gestión y planificación*. Madrid, Alianza Editorial.
- FUNDACIÓN ENCUENTRO/CECS (Centro de Estudios del Cambio Social) (2004): *Informe España 2004. Una interpretación de su realidad social*. Madrid.
- FUNDACIÓN ENCUENTRO/CECS (Centro de Estudios del Cambio Social) (2006): *Informe España 2006. Una interpretación de su realidad social*. Madrid.
- FUNDACIÓN KOINE-AEQUALITAS (2006): *Por un sistema navarro de servicios sociales universales y de calidad. Aportaciones al documento base* (www.koine-aequalitas.org).
- GARCÍA HERRERO, G. (rel.) (2005): *Ideas, argumentos y propuestas sobre los servicios sociales, la autonomía personal y la protección a las personas en situación de dependencia*. AEGSS (Asociación de Directores y Gerentes de Servicios Sociales) y otras.
- GC/DBF (Generalitat de Catalunya/Departament de Benestar i Família) (2004): *Bases per a una nova Llei de serveis socials de Catalunya. Un document per a el debat*. Barcelona.
- GEPAD (Grupo de Estudio sobre la Prevención y Atención de la Dependencia) (2006): *Informe sobre el Anteproyecto de ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia* (www.polibea.com/siposo).
- GN/DBSDJ (Gobierno de Navarra/Departamento de Bienestar Social, Deporte y Juventud) (2000): *Documento base para un plan de atención comunitaria de servicios sociales*. Pamplona.
- GN/DBSDJ (Gobierno de Navarra/Departamento de Bienestar Social, Deporte y Juventud)

- (2005): *Documento base para una Ley de servicios sociales en la Comunidad Foral de Navarra*. Pamplona.
- GOMÁ, R. y SUBIRATS, J. (2003): «Estado de bienestar y exclusión social: hacia una nueva agenda de políticas de inclusión» en GARDE, J.A. (ed.): *Informe 2003. Políticas sociales y Estado de bienestar en España*. Madrid, Fundación Hogar del Empleado, pp. 123-154.
- GRISO, M. y otras (2005a): *Carpeta de trabajo por la defensa del sistema público de servicios sociales* (www.cgtrabajosocial.es).
- GRISO, M. y otras (2005b): *Carpeta de trabajo por la defensa del sistema público de servicios sociales. Conclusiones* (www.cgtrabajosocial.es).
- HERRERA, M y CASTÓN, P. (2003): *Las políticas sociales en las sociedades complejas*. Barcelona, Ariel.
- IMSERSO (2004): *Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco*. Madrid.
- JUNTA DE ANDALUCÍA (2004): *Pacto por el bienestar social desde Andalucía* (www.juntadeandalucia.es/igualdadybienestarsocial).
- LAPARRA, M. y AGUILAR, M. (1997): «Intervención social y exclusión» en CÁRITAS: *Políticas sociales contra la exclusión social. Actas del simposio*. Madrid.
- LETHBRIDGE, J. (2005): *Evolución de las políticas de atención en Europa* (www.psiru.org).
- LÓPEZ-ARANGUREN, L. (2005): *Problemas sociales. Desigualdad, pobreza, exclusión social*. Madrid, Biblioteca Nueva.
- MARAÑA, J.J. (2004): *Vida independiente. Nuevos modelos organizativos*. Madrid, Asociación Inicativas y Estudios Sociales/Obra Social Caja Madrid (www.asoc-ies.org)
- MARTÍNEZ ROMÁN, M.A. (2002): «Las familias ya no podemos más. Riesgos de exclusión social de las familias que cuidan enfermos crónicos graves» en *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*,
- MONTSERRAT, J. (2006): «La ley de promoción de la autonomía personal y de atención a las personas en situación de dependencia: análisis crítico desde la perspectiva económica» en *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, núm. 73, pp. 57-67.
- MORENO, L. (2002): «Bienestar mediterráneo y supermujeres» en *Revista Española de Sociología*, núm. 2, pp. 41-57.
- MORENO, L. (2002): *Estado del Bienestar y «mallas de seguridad»* (www.iesam.csic.es).
- MORENO, L. (2003): *¿Existe una malla de seguridad en la Europa del Sur?* (www.iesam.csic.es).
- MORENO, L. (2005): «Presentación» en RODRÍGUEZ CABRERO, G. y otras: *Actores sociales y reformas del bienestar*. Madrid, CSIC, pp. 11-14.
- MTAS (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales) (2005): *III Plan nacional de acción para la inclusión social del Reino de España 2005-2006* (www.mtas.es).
- OBSERVATORIO DE LA INFANCIA (Dirección General de las Familias y de la Infancia/Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad/Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales) (2006): *Plan estratégico nacional de infancia y adolescencia 2006-2009* (www.mtas.es).
- PÉREZ DÍAZ, V y LÓPEZ NOVO, J.P. (2003): *El tercer sector de acción social en España*. Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- PÉREZ ERANSUS, B. (2004): «El acompañamiento social como herramienta de lucha contra la exclusión» en *Documentación Social*, núm. 135, octubre-diciembre, pp. 89-107.
- PÉREZ ERANSUS, B. (2005): *Políticas de activación y rentas mínimas*. Madrid, Cáritas Es-

- pañola/Fundación FOESSA.
- PONGAS (Plataforma de Organizaciones No Gubernamentales de Acción Social) (2006): *Estudio sobre la subvención del 0,52% del IRPF* (www.plataformaongs.org).
- RANCI, C. (ed.) (2001): *Il mercato sociale dei servizi alla persona*. Roma, Carocci.
- RODRÍGUEZ CABRERO, G. (2000): «La economía política de las organizaciones no lucrativas» en *Economistas (Colegio de Madrid)*, año XVIII, núm. 83, pp. 6-17.
- RODRÍGUEZ CABRERO, G. (2004): *El Estado del bienestar en España: debates, desarrollo y retos*. Madrid, Fundamentos.
- RODRÍGUEZ CABRERO, G. (coord.) (2003): *Las entidades voluntarias de acción social en España*. Madrid, Fundación FOESSA.
- RODRÍGUEZ CABRERO, G. y otras (2005): *Actores sociales y reformas del bienestar*. Madrid, CSIC.
- RODRÍGUEZ, P. (2006): *El sistema español de servicios sociales y las necesidades derivadas de la atención a la dependencia* (www.fundacionalternativas.com).
- ROLDÁN, E. (2001): *¿Hacia un sistema mixto de bienestar social? La evolución de los servicios sociales en España*. Madrid, Complutense.
- ROLDÁN, E. y GARCÍA GIRÁLDEZ, T. (2006): *Políticas de servicios sociales*. Madrid, Síntesis.
- SARASA, S. (2003): *Una propuesta de servicios comunitarios de atención a personas mayores* (www.fundacionalternativas.com).
- SIIS (2005): *El sector no lucrativo en el ámbito de la acción social en Álava* (www.sis.net).
- SUBIRATS, J. (dir.) (2004): *Pobreza y exclusión social. Un análisis de la realidad española y europea*. Barcelona, Fundación «la Caixa».
- SUBIRATS, J. (dir.) (2005a): *Riesgos de exclusión social en las Comunidades Autónomas*. Bilbao, Fundación BBVA.
- SUBIRATS, J. (dir.) (2005b): *Análisis de los factores de exclusión social*. Bilbao, Fundación BBVA.
- TEZANOS, J.F. (2005): *Tendencias en exclusión social y políticas de solidaridad. Octavo foro sobre tendencias sociales*. Madrid, Sistema.
- VIDAL, F.(dir.) (2006): *V informe FUHEM de políticas sociales. La exclusión social y el Estado de bienestar en España*. Madrid, Fundación Hogar del Empleado.
- VILÀ, A. (2004): «Estructuras institucionales de la protección de la dependencia en España» en CASADO, D. (dir.): *Respuestas a la dependencia*. Madrid, CCS, pp. 135-166.
- XG/VIB/SXB (Xunta de Galicia/Vicepresidencia da Igualdade e do Benestar/Secretaría Xeral do Benestar) (2006): *Documento de bases. Documento de reflexión e debate para a reforma do marco legal dos servizos sociais en Galiza* (www.benestargaliza.org).

8. OBJETIVOS PERMANENTES Y ENFOQUES DE LOS SERVICIOS SOCIALES¹

Demetrio Casado

Director del Seminario de Intervención y Políticas Sociales

La acción de los servicios sociales ha de tener como guía su misión, es decir, procurar el bienestar individual y social mediante ayuda personal polivalente. Y debe configurar su oferta en función de las demandas manifiestas y latentes de la población. Pero **la elección de sus prestaciones individuales y otras actividades concretas está condicionada también por los objetivos técnicos permanentes y por los enfoques básicos de la rama**. El perfeccionamiento de los servicios sociales ha de tener, pues, como referencia de aplicación versiones actualizadas de esos objetivos y enfoques. Ese el propósito que guía esta exposición.

8.1. OBJETIVOS PERMANENTES²

Cabe distinguir **cuatro objetivos técnicos permanentes en los servicios sociales modernos: la asistencia supletoria de carencias y limitaciones personales, la habilitación y rehabilitación con vistas a la integración social, la prevención del malestar individual y social, y la accesibilidad funcional y social**. Quizá convenga aclarar que estos cuatro objetivos pueden ser gestionados por separado o en combinaciones de distinta complejidad, según los casos. Aclaro igualmente que los medios conducentes a tales metas pueden ser de aplicación individual o colectiva. Dicho esto, veamos seguidamente cuáles son las circunstancias a tener en cuenta en la configuración de esos objetivos en pro del perfeccionamiento de los servicios sociales.

8.1.1. Asistencia supletoria

En la práctica tradicional de ayuda a desvalidos y pobres encontramos abundantes precedentes de la asistencia supletoria, salvo que en aquella acción

¹ Recibí sugerencias de Fernando Fantova.

² Este apartado sigue, en líneas generales, a Demetrio Casado y Encarna Guillén, *Manual de servicios sociales*, Editorial CCS, Madrid, 2005, cap. 6.

se mezclaba la ayuda personal con la material, la sanitaria y la educativa: crianza de niños abandonados, socorros varios a domicilio de pobres y enfermos, asilamiento de niños y de adultos incapaces para el trabajo, etc. El internamiento forzoso de mendicantes se realizó frecuentemente en establecimientos destinados también a menesterosos de ingreso voluntario, pero no me parece propio considerar que dicha práctica formara parte de las de asistencia social antecedente de los servicios sociales.

En los años finales del régimen franquista y siguientes, la idea de la asistencia supletoria fue objeto de rechazo dentro del movimiento de reforma de los servicios sociales. Las propuestas ideológicas del momento marginaron dicha idea, a la vez que sobrevaloraron las posibilidades prácticas de otras, sobre todo la prevención.³ A mi entender, ese rechazo tenía como referencia una práctica institucional, no sólo marginalista en cuanto a los destinatarios, sino también arcaica en lo concerniente a los modos y medios. Con vistas a diagnosticar y mejorar la situación, debiera haberse distinguido lo circunstancial de lo permanente. La protección social sólo destinada a personas desvalidas y pobres viene siendo superada desde hace muchos años. Es circunstancial también la mezcla de la ayuda personal con la material y otras, que tiende a desaparecer por el desarrollo de las ramas especializadas de medios de intervención y políticas sociales. Son circunstanciales y vienen renovándose igualmente las técnicas de ayuda personal. Es, en cambio, permanente, y concierne a los servicios sociales modernos, la demanda de **asistencia personal supletoria, es decir, ayuda inmediata para situaciones en que los individuos carecen de conocimiento y/o capacidad para realizar por sí y/o con ayudas familiares u otras informales sus actividades básicas; sea por minoría de edad, por discapacidades graves, por situaciones de emergencia, o simplemente por carencia de información**. La demanda de esta clase de asistencia en las sociedades occidentales, no sólo se mantiene, sino que crece.

Especialmente como consecuencia de las mejoras económicas y sociales, se viene incrementando la supervivencia de personas afectadas de discapacidades graves, sobre todo en la edad avanzada. Estas situaciones generan demanda creciente de teleasistencia, ayuda a domicilio, centros de día y alternativas residenciales, primero, por su creciente prevalencia; segundo, porque está disminuyendo la capacidad de ayuda informal para las mismas, principalmente como consecuencia de la dispersión y reducción de las redes familiares y de la creciente incorporación de la mujer al trabajo. Este mismo fenómeno genera demanda de cuidados infantiles por servicios formales. En otro orden de cosas, la creciente intensidad de los cambios sociales –pensemos en las emigraciones– y de los conflictos interpersonales –por ejemplo, en las relaciones conyugales y familiares– viene acreciendo también las demandas, de variada gravedad y no siempre manifiestas, de ayudas informativas y psicoterapéuticas en orden a re-

³ Ver Demetrio Casado, *Reforma política de los servicios sociales*, Editorial CCS, Madrid, 2002, pp. 99-100.

solver problemas de la vida común. Los servicios sociales modernos están llamados a prestar su colaboración, no sólo para salvar situaciones carenciales, conflictivas, de soledad o similares, sino también para facilitar la realización de aspiraciones de mejora en lo personal del común de la población. Aun cuando esta faceta asistencial cuenta con larga tradición técnica, su práctica dentro de los servicios sociales es modesta.

En nuestras sociedades percibimos con bastante claridad las diferentes facetas –sanitaria, educativa, material, personal– del objetivo de la asistencia suplementaria, pero se asume que en ciertos casos conviene gestionarlas conjuntamente. Un hospital de larga estancia provee fundamentalmente a necesidades sanitarias, pero cubre las necesidades materiales, como la alimentación, y las personales, cual el cuidado personal. Del mismo modo, en una residencia asistida de la rama de los servicios sociales, además de la prestación fundamental en cuidados personales, se provee a las necesidades materiales y a las sanitarias básicas.

8.1.2. **Habilitación y rehabilitación**

El objetivo habilitador y rehabilitador cuenta con antecedentes doctrinales tan notables como las propuestas de Vives para los pobres válidos.⁴ En el orden práctico, se produjeron también iniciativas estimables en el Renacimiento.⁵ Por otra parte, la pretérita acción asistencial de suplencia, aun cuando persiguió principalmente el mero mantenimiento, se orientó también hacia la habilitación, en el caso de los niños, y la rehabilitación, para mendicantes válidos, menores delincuentes, mujeres de conducta sexual desviada.

El objetivo habilitador y rehabilitador tiene más tradición y mejores posibilidades en asistencia sanitaria, en educación y en capacitación profesional que en servicios sociales, pero las de esta rama no son en modo alguno desdeñables. Sirva como muestra que el trabajo social clásico tiene como meta, en último término, el autovalimiento de los clientes. **En servicios sociales, el objetivo de habilitación y rehabilitación, es decir, la mejora de las capacidades y del autovalimiento personal, es aplicable principalmente en el desarrollo personal y en las relaciones sociales: familia, grupos de amistad, ambientes de estudio y trabajo, etc.**

Me parece oportuno indicar que, en ciertos casos, el objetivo habilitador-rehabilitador debe perseguirse teniendo a la vista las vías de integración disponibles y los obstáculos para la misma. Tras la rehabilitación médica posterior a un traumatismo, las rehabilitaciones personal, ocupacional y profesional del afectado han de programarse en función de sus capacidades resultantes, pero también de sus actitudes ante su nueva situación y de su propio plan de vida. En esta acción, por

⁴ Juan Luis Vives, *Del socorro de los pobres* [1525], Hacer Editorial, Barcelona, 1992, cap. III de la segunda parte.

⁵ Ver Fray Juan de Robles, «De la orden que en algunos pueblos de España se ha puesto en la limosna, para remedio de los verdaderos pobres» [1545], en Fray Domingo de Soto, *Deliberación de la causa de los pobres*, Instituto de estudios Políticos, Madrid, 1965, p. 301.

lo demás, conviene involucrar a los familiares y aun a los profesionales condicionantes de dicho plan. Se dan casos en los que el proceso de asunción por el interesado de, por ejemplo, una pérdida de capacidades es dificultada por el rechazo de la situación por familiares de los que depende en algún grado; la rehabilitación meramente personal debe acompañarse de la acción destinada a que se ajusten las relaciones en el seno de la familia para afrontar positivamente la nueva situación. Y lo mismo cabe decir respecto a la reintegración escolar y laboral: un estudiante que pierde la movilidad y desea continuar sus estudios es muy probable que necesite planear su reincorporación contando con la articulación de las capacidades y la disposición personal con los entornos. Habrá que considerar la adecuación de los estudios en curso, la eventual necesidad de transporte especial y ayuda para el mismo, la adaptación del centro escolar, adaptaciones curriculares, ayudas técnicas para el estudio, adaptaciones del centro escolar, ciertas providencias por parte del personal docente y auxiliar, cooperación de compañeros.

Como quedó indicado, el objetivo habilitador-rehabilitador es compartido por otras ramas del bienestar y, con frecuencia, se producen actuaciones sucesivas de las mismas, según muestran los ejemplos propuestos. Se registran también actuaciones paralelas y convergentes, sin que falten problemas de atribución-aceptación de responsabilidades entre las ramas. Sirvan como ejemplo los tratamientos de atención temprana para niños nacidos con deficiencias o riesgo de padecerlas, en los que la rama sanitaria no asume el papel protagonista que a mi parecer le correspondería, en tanto que los servicios sociales llevan el peso principal, pese a que su aportación debiera ser, también a mi parecer, secundaria. Los procesos de rehabilitación en los que, según mi criterio, tienen los servicios sociales un papel protagonista indiscutible son los relativos a las situaciones de marginación social acentuada, cronicada. Me refiero a los casos de vagabundaje, mendicidad, delincuencia de mantenimiento, toxicomanía, etc., cuando tales conductas llegan a constituir un modo de vida, afectando a la personalidad de sus protagonistas. A la vez, en tales supuestos la acción rehabilitante es muy difícil. La renovada acción con las personas sin hogar están procurando quebrar la carrera marginal de sus clientes, con el fin de lograr su reinserción social. En el reciente movimiento de lucha contra las toxicomanías se incluye la rehabilitación también con vistas a la reinserción; y existen pruebas de grandes dificultades. También aquí se requiere el concurso de varias disciplinas. Otro de los recursos con los que se está contando es la convivencia de los rehabilitandos con los rehabilitados. En lo que se refiere al objetivo habilitador, los servicios sociales tienen un gran campo de aplicación entre los inmigrantes adultos. Es obligado notar, no obstante, que se trata de un campo problemático, por varias circunstancias. La más básica de ellas radica en que los propios interesados mantienen intereses y actitudes diferentes respecto al referente de la integración, es decir, la sociedad española: en un extremo, quienes buscan un mero intercambio económico; en otro, los que aspiran a la integración plurifuncional plena.

Esa diversidad de intereses y actitudes respecto a la integración no es privativa del área de la inmigración, sino que se da en otras. El despotismo ilustrado, tan frecuente en la intervención y las políticas sociales, tiende al integracio-

nismo maximalista, pero el mismo no conviene y/o no gusta a ciertos destinatarios del mismo. La conciencia social tiende a ver la tradicional articulación minimalista de la población gitana en la sociedad española como un efecto de la acción marginadora de ésta, pero parece que ese modo de relación no es ajeno al interés de aquella en preservar su cultura moral privativa y su integración grupal particular. Una parte importante y muy influyente de las personas sordas se oponen a los medios posibilitadores de la comunicación personal universal (implantes cocleares, lectura labial y expresión oral), y optan por la integración cultural y grupal basada en el uso de las lenguas gestuales. Por supuesto, las opciones de articulación social de ciertas minorías pueden entrañar inconvenientes de varias clases para la mayoría: las normas relativas a los gitanos que se promulgaron desde el siglo XV hasta la Ilustración parecen inspiradas por el temor a la quiebra del control social; la opción de la lengua gestual, en un medio que ha socializado la educación y otros servicios públicos, trae aparejado un plus de coste nada desdeñable. Las circunstancias reseñadas deben de ser suficientes para advertirnos de que resulta necesario valorar y negociar las alternativas de integración y, asociadamente, las de habilitación y rehabilitación.

8.1.3. Prevención

Para comenzar, debo recordar que el objetivo de la habilitación-rehabilitación coincide en parte con el de prevención. Los tratamientos de atención temprana persiguen la rehabilitación y, a la vez, apuntan a la prevención de los efectos que pueden derivarse de deficiencias y riesgos de las mismas presentes en el momento del nacimiento. En este sentido, cabe decir que las prácticas tradicionales de habilitación de menores abandonados o de rehabilitación de conductas desviadas implicaba el objetivo de la prevención de los efectos que se seguirían de la desatención de tales casos. Salvado esto, el objetivo de la prevención apenas puede ser encontrado en la intervención tradicional relativa a las situaciones de desvalimiento y pobreza.

La prevención es una idea muy estimada hoy en servicios sociales, como lo viene siendo desde hace tiempo en sanidad. Pero se cuenta con poca base científica aplicable a la persecución de dicho objetivo en la rama que aquí nos ocupa. Por otra parte y de modo semejante a lo que le ocurre a la rama sanitaria, pero en mayor grado, muchas de las causas de las carencias y problemas que deben abordar los servicios sociales quedan fuera de su alcance: nada pueden hacer para evitar, por ejemplo, el nacionalismo excluyente y violento causante, no sólo de muertes, sino también de discapacidades, traumas psíquicos, rupturas de familias y marginaciones que atañen a los servicios sociales; y nada pueden hacer los servicios sociales, también a título de ejemplo, para evitar las causas de la inmigración desordenada con sus secuelas de carencias personales, entre otras. Las citadas limitaciones no anulan la conveniencia de asumir el **objetivo de la prevención, es decir, la evitación de la incidencia y agravamiento de carencias y otros problemas concernientes a los servicios sociales**; pero obligan a circunstanciarlo.

Con vistas a la prevención, la penuria de conocimiento sobre causas y factores de los hechos que entrañan demanda a los servicios sociales pide ampliar la investigación etiológica,⁶ así como desarrollar aplicaciones del conocimiento disponible. Para los factores y causas de hechos que demandan la atención de los servicios sociales y que se sitúan fuera de su alcance, el objetivo de la prevención debiera inspirarles la práctica de elaborar y difundir informes sobre al menos los efectos problemáticos que les conciernen. En esta labor, como en otras de signo preventivo, parece deseable la cooperación de las distintas ramas del bienestar.

La consideración de las limitaciones no debe llevarnos a olvidar las posibilidades. El objetivo de la prevención puede ser perseguido directamente por los servicios sociales en el campo de las relaciones familiares y comunitarias. La mejora y enriquecimiento de las mismas sirven al objetivo asistencial de suplencia, sin duda, pero sirven también a la prevención de los riesgos de problemas personales que entrañan. El desarrollo de una comunidad, la promoción de un barrio, la dinamización de un ambiente social, la articulación de personas aisladas en redes de apoyo social pueden tener efectos a la vez de asistencia supletoria y de prevención. También sirven los servicios sociales al objetivo de la prevención de modo directo cuando actúan con sentido de anticipación o inmediatez a la aparición de la demanda manifiesta: consultas a los servicios sanitarios y educativos sobre situaciones y hechos indicativos de riesgos en el plano personal, chequeos periódicos de situaciones de riesgo, visitas programadas, etc.

8.1.4. Accesibilidad

La accesibilidad es un objetivo que atañe a los entornos y persigue la adaptación de sus estructuras a las circunstancias de toda la población. Cabe señalar algunos antecedentes históricos, casi sólo a título de curiosidad. Vives propugna el empleo protegido y subsidiado para personas con discapacidad.⁷ Carlos V, afectado de problemas intermitentes graves de movilidad, dispuso para su retiro en Yuste un palacete sin barreras físicas para sus actividades cotidianas.⁸

La idea de la accesibilidad se aprecia muy fácilmente en la supresión y evitación de barreras arquitectónicas y de los medios de transporte. La educación se hace accesible mediante adaptaciones curriculares y docentes en función de las desigualdades en la capacidad y de las diferencias culturales. En el orden laboral, los itinerarios individuales de los programas de Rentas Mínimas de Inserción encuentran facilidades para cumplirse mediante la creación de empresas y proyectos accesibles a los integrandos. En el orden de la convivencia común, la accesibilidad se logra por la tolerancia a las identidades y a las conductas alternativas que no choquen con las normas jurídicas.

6 Demetrio Casado, «Conocimiento y acción formal pro bienestar», en *Avances en bienestar mediante el conocimiento*, Editorial CCS, Madrid, pp. 25 a 27.

7 *Op. cit.*, capítulo III de la segunda parte.

8 Demetrio Casado, «Una rampa y un sillón funcional para Carlos V», *Boletín del Real Patronato*, nº 47, diciembre 2000.

La accesibilidad es un objetivo que deben gestionar principalmente las ramas más directamente concernidas por los entornos en cuestión. En la mayor parte de los casos, los servicios sociales tendrán un papel coadyuvante. En el medio físico –por poner el ejemplo más obvio de accesibilidad–, la accesibilidad es asunto principalmente de las ramas de urbanismo, vivienda, transporte y telecomunicaciones. Pues bien, los servicios sociales pueden y deben intervenir como mediadores en la gestión de la accesibilidad en los domicilios, es decir, en la valoración de necesidades de apoyos a la movilidad y la comunicación y prestando apoyo a los usuarios para obtener los recursos ergonómicos oportunos. En las barreras relativas a la convivencia, por razón de la materia, los servicios sociales están llamados a desempeñar un papel no menor que la educación o la seguridad. En resumen, **los servicios sociales deben perseguir el objetivo de accesibilidad a los distintos entornos, dando apoyo a otras ramas de intervención o recibéndolo.**

El objetivo de accesibilidad es complementario del de habilitación-rehabilitación con vistas a la integración social. Por una parte se potencian las capacidades de los individuos; por otra, se potencia el rendimiento de esas capacidades evitando obstáculos a su ejercicio. En este sentido, cabe entender que la accesibilidad previene problemas de marginación social.

8.2. ENFOQUES DE LA OFERTA⁹

La renovación y puesta al día de la rama de los servicios sociales, además de tomar en consideración sus objetivos, así como las demandas emergentes o latentes relativas a la población, debe tener también en cuenta los criterios que aseguren su coherencia con tales objetivos, así como los generales de la acción racional, desde la evitación de efectos secundarios hasta la sostenibilidad. Se trata de avanzar en la metodología,¹⁰ tanto de gestión como técnica. De la amplia gama de cuestiones que se plantean en este nivel, selecciono cuatro enfoques de la oferta que considero básicos: el universalista, el comunitario, el del desarrollo personal y el proactivo.

8.2.1. Oferta universalista e igualitaria, sin perjuicio de la selectividad técnica

La rama de los servicios sociales, en el sector público, debe desplegar una oferta que cubra la demanda planteada por toda la población, no sólo determinadas clases económicas o sociales de usuarios. El fundamento primero de esta orientación estriba en el hecho de que cualquier persona, con independencia de su posición social y de sus circunstancias personales (sexo,

⁹ Este apartado sigue y amplía el nº 3 de Demetrio Casado, «Sobre perfeccionamiento de los servicios sociales», en Fernando Fantova *et al.*, *Situación y perspectivas del sistema público de servicios sociales en la Comunidad Autónoma Vasca*, Gobierno Vasco, Vitoria, 2005.

¹⁰ La necesidad de la renovación metodológica en servicios sociales ha sido apuntada por Fernando Fantova, «La hora de los servicios sociales», *Psikologiaz*, nº 6, junio, 2004, pp. 8 y 9.

edad, etnia, etc.), puede necesitar –o podría recibir beneficio– de alguna de las prestaciones de ayuda personal formalizada propias de los servicios sociales. Los hijos de padres ricos necesitan apoyo cuando los progenitores no pueden o no quieren cuidarles; un varón maduro sin discapacidades reconocidas puede verse necesitado de consejo y apoyo emocional en relación con posibles problemas conyugales, acoso laboral, chantaje terrorista, etc.; muchos ancianos de ambos sexos, en la declinación de su vida, aun teniendo posibilidad de contratar apoyos domésticos particulares, prefieren los que brindan ciertos programas o establecimientos formales; etc. Aun aceptando lo anterior, cabe argüir que los servicios sociales públicos deben concentrar su esfuerzo exclusivamente en las clases pobres y en ciertos colectivos desfavorecidos, en virtud del principio de igualdad entendida por modo compensatorio, que algunas leyes de servicios sociales adoptan. Pero debe repararse en que, por una parte, el marginalismo entraña graves contradicciones y, por otra, caben otros medios para procurar la redistribución de signo social.

Marginalismo, estigmatización social e injusticia

En el Estado social español la oferta pública de prestaciones sanitarias es prácticamente universal¹¹ y la educativa lo es plenamente para los niveles obligatorios. Por el contrario, la oferta pública de servicios sociales es selectiva. Pese al universalismo que se proclama en las leyes de las Comunidades Autónomas que regulan la rama, éstas siguen, al menos para las prestaciones más onerosas, una política de racionamiento y selectividad principalmente por criterios socioeconómicos.¹²

La selectividad marginalista entraña el peligro de la estigmatización, que se produjo ampliamente por la acción de la Beneficencia. La oferta reservada a las clases marginales lleva consigo este doble efecto secundario: estigmatiza socialmente los servicios –hospital para pobres– y disuade de su utilización a quienes pudieran acceder a ellos mediante pago de precio; y estigmatiza también socialmente a los usuarios. En la situación actual, se dan casos de personas que recurren a los servicios sanitarios para ciertas prestaciones genéricas (información, orientación, gestión de recursos, etc.) para evitar los servicios sociales, por asociarlos a la población marginal, como los inmigrantes no integrados.

Por otra parte, la oferta marginalista de servicios sociales puede generar agresividad en la población de bajo nivel económico habitual de barrios u otras vecindades cuando llega a percibir, con fundamento objetivo o sin él, que sus oportunidades de acceso a los servicios se ven amenazadas por nuevos pobla-

11 Digo prácticamente en consideración al hecho de que aproximadamente un 0,3% de la población no tiene acceso gratuito la asistencia sanitaria pública: Marciano Sánchez Bayle, «Veinte años de la Ley de Sanidad», *El Mundo*, 2 de mayo de 2006.

12 Julia Monserrat Codorniu, «Los costes de la protección social de la dependencia para la población mayor: gasto razonable versus gasto actual», *Respuestas a la dependencia*, Editorial CCS, Madrid, 2004, pp. 89 y 90.

dores afectos de limitaciones y penurias mayores; es el caso de los inmigrantes económicos¹³ o de los partícipes en operaciones de realojamiento.

El clasismo marginalista, por lo demás, es injusto. Las entidades voluntarias tienen franquía ética para consagrar sus esfuerzos a las causas y/o los destinatarios que les indiquen sus vocaciones o carismas –como suele decirse en el ámbito religioso– e incluso sus caprichos o manías; pero los poderes públicos están obligados a regirse por el principio de justicia, que nuestra Constitución asume (art. 1.1). Y parece injusta la exclusión, mediante baremos selectivos, del acceso a ciertas prestaciones públicas de servicios sociales –ayuda a domicilio, centro de día, residencia asistida, etc.– de amplísimas capas de población que, por añadidura, financian aquellas con sus impuestos.¹⁴

En otro orden de cosas, conviene reparar en que los servicios sociales son una rama de prestaciones técnicas, de modo que la indicación de las mismas debe ser igualmente de carácter técnico. No parece asumible que se excluya de la asistencia sanitaria pública a un accidentado o a un enfermo de cáncer por la aplicación de baremos socioeconómicos. Del mismo modo, resulta incoherente que los mismos se apliquen a ciertas demandas a los servicios sociales. Otra cosa distinta es que, en pro de la compensación de las desigualdades socioeconómicas, se apliquen cuotas de copago progresivas, según las rentas personales. Por cierto, el copago está muy indicado para los componentes no técnicos de ciertos servicios, desde la «comida sobre ruedas» hasta el alojamiento y la manutención en establecimientos residenciales.

Conviene aclarar también que el universalismo no impide la adopción y desarrollo de programas selectivos. Nuevamente puede servirnos de referencia el Sistema Nacional de Salud que presta una atención especial a los partos de riesgo, practica chequeos sistemáticos para la detección temprana del cáncer de mama, hace campañas de vacunación antigripal para mayores de 65 años, etc. En servicios sociales, los niños nacidos con deficiencias o riesgo de padecerlas ameritan cuidados que no requiere el común de los bebés. Los niños que viven en familias monoparentales son acreedores a una atención proactiva ante posibles dificultades para su cuidado. Cabe decir lo mismo de personas vulnerables por razón de salud. Los inmigrantes son acreedores a la oferta de apoyos específicos con vistas a su articulación social...

Para terminar, el marginalismo de la oferta entraña el riesgo de empobrecimiento de la calidad de la misma. Los servicios para personas pobres y/o marginadas tienden a adolecer de pobreza y marginalidad.¹⁵

La cuestión del universalismo

La primera medida para avanzar por el camino universalista consiste en no retroceder. Y ocurre que se ha retrocedido. Es cierto que las instituciones públi-

13 Enrique Gil Calvo, «Convivencia de culturas», en *El País*, 4 de diciembre de 2002.

14 Julia Monserrat Codorniu, *Op. cit.*, p. 90.

15 Josef Pacolet, «Protección social de las personas mayores dependientes: sostenibilidad del Estado de bienestar y ámbito del seguro de cuidados de larga duración», *Revista española del tercer sector*, nº 3, mayo-agosto de 2006, p. 139.

cas con régimen benéfico –incluyo las de Auxilio Social–, eran formal y materialmente marginalistas. Pero no lo eran los Servicios Sociales de la Seguridad Social, que extendían su cobertura al extenso conglomerado de los beneficiarios de la misma, con tendencia al universalismo. Esta meta vino a verse posibilitada formalmente por virtud de la progresiva sustitución de la financiación mediante las cotizaciones por la fiscal, que llegó al 100% en el año 2000. Pues bien, la gestión de los Servicios Sociales de la Seguridad Social ha dado la espalda al universalismo. Mediante un proceso que se iniciara con el Real Decreto 1517/1981, de 8 de julio, de transferencias a Cataluña, el grueso del contenido de los recursos del INSERSO pasaron a ser gestionados por las Comunidades Autónomas. Y aquellas, en términos generales, les llevaron al régimen de racionamiento y selectividad de oferta que imperaba en los otros servicios sociales públicos de origen benéfico. La Administración central, por su parte, se viene absteniendo de intervenir en pro de que las prestaciones de **sus** Servicios Sociales sigan el camino universalista de la financiación de los mismos. (En contraste con esta pasividad, el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social tomaría, en 1988, una iniciativa paternalista orientada a extender ciertas prestaciones de los servicios sociales ajenos; me refiero al que entonces se denominó Plan Concertado para el Desarrollo de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales de Corporaciones Locales).

La técnica idónea para hacer efectiva la universalización consiste en garantizar el acceso a toda la población a una cartera de servicios o prestaciones determinados. Las primeras diecisiete leyes de las Comunidades Autónomas se limitaron a proclamar el universalismo. Entre las segundas leyes, encontramos algún avance en el sentido indicado.¹⁶ La Ley 5/1996, de 18 de octubre, de servicios sociales del País Vasco establece que el «servicio social de base se dirige, sin discriminación, a toda la población» (art. 7), pero al menos las actividades del mismo más onerosas, como la ayuda a domicilio, se están proveyendo en régimen selectivo en función de la situación socioeconómica. La Ley 5/1997, de 25 de junio, de la Generalidad Valenciana, por la que se regula el Sistema de Servicios Sociales en el ámbito de la Comunidad Valenciana, declara que los servicios sociales generales –que incluyen, entre otros, el de ayuda a domicilio– tendrán carácter universal y gratuito (art. 11); pero la oferta del mismo está limitada por la disponibilidad presupuestaria. La Ley del Principado de Asturias 1/2003, de 24 de febrero, de Servicios Sociales remite a un Decreto con plazo –que ya fue rebasado– la regulación de un catálogo de prestaciones (art. 1). La Ley 11/2003, de 27 de marzo, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid, establece que las prestaciones técnicas serán universales y gratuitas (art. 19); ésta denominación abarca las menos onerosas (art. 16). Concluyo esta reseña con un avance universalista jurídicamente inequívoco: el Decreto 261/2003, de 21 de octubre, por el que se regulan los servicios de atención precoz de la Generalidad de Cataluña, conforma los mismos como derecho subjetivo (art. 2) y los abre a todos los usuarios con necesidad téc-

16 Ver Encarna Guillén, «Sobre las segundas leyes de servicios sociales», en *Sobre problemas y respuestas sociales*, Hacer Editorial, Barcelona, 2005.

nica (art. 4). El citado Decreto no deriva de una Ley de servicios sociales, pero el servicio que regula se integra en la Red de los sociales (art. 10).

La desigualdad entre Comunidades

Las disparidades que acabamos de ver son sólo una manifestación parcial de la pauta general de desigualdad entre las Comunidades Autónomas derivada del régimen de competencia exclusiva que tomaron en servicios sociales. Asunto éste que ha dado lugar a algunas iniciativas.

En su primera legislatura de gobierno, teniendo el PP sólo mayoría relativa en el Congreso, su grupo parlamentario del Senado presentó una moción por la que «se insta al Gobierno, de acuerdo con las distintas Comunidades Autónomas, a la elaboración, a la mayor brevedad posible, de una ley básica que enmarque los servicios sociales en el conjunto del Estado, respetando las competencias transferidas en esta medida a dichas Comunidades Autónomas». ¹⁷ Argumentaba su defensor que la norma preconizada «permitiría la concesión uniforme de servicios e, igualmente, desarrollar, mediante la conferencia sectorial, la elaboración y definición de un catálogo de prestaciones de servicios sociales básicos y especializadas». Pero esta iniciativa universalista no prosperó. Los grupos de Convergència i Unió, Nacionalistas Vascos y Mixto invocaron el régimen competencial en la materia y llevaron al del PP a una enmienda transaccional por la que su moción inicial quedaba desactivada al circunscribirla a «los servicios sociales que presta la propia Administración General del Estado». El Grupo Parlamentario Socialista no apoyó la moción argumentando que las competencias del Estado en servicios sociales de la Seguridad Social eran residuales por efecto de las transferencias de servicios. Para valorar este argumento debe recordarse que dichas transferencias de servicios sólo afectan a la gestión de los mismos, de modo que no menguan la competencia exclusiva que asigna la Constitución al Estado en la legislación básica y en el régimen económico de la Seguridad Social (art. 149.1.17^o). Competencia ésta en la que preveía apoyarse la ley planeada en el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social en el primer año de Gobierno del PSOE.

También en la primera legislatura con Gobierno del PP se realiza por gestión del IMSERSO un importante estudio, a mi parecer precursor de la reciente política social concerniente a la dependencia funcional, en cuyas conclusiones se aboga por la universalidad y por el recurso preferente a los servicios sociales. ¹⁸ De cara a las elecciones generales que se celebrarían en 2000, el profesor Navarro recomendó a Josep Borrell que incluyera –y parece que incluyó– en el programa de su frustrada candidatura por el PSOE a la Presidencia del Gobierno «la universalización de los derechos de ayuda a las familias, tales como guarderías infantiles (de cero a tres años), servicios domiciliarios y servicios a la tercera edad». ¹⁹ Al-

¹⁷ *Boletín de las Cortes. Senado*, 24 de marzo de 1998, pp. 3.562 a 3.569.

¹⁸ Gregorio Rodríguez Cabrero, *La protección social de la dependencia*, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales, 1999, pp. 627 a 629.

¹⁹ Vicenç Navarro, «Una victoria del neoliberalismo», *El País*, 26 de mayo de 1999.

munia, que sucedería a Borrell en el aspirantazgo, recogió en gran parte la promesa. Con esta propuesta, los candidatos del PSOE recuperaban el enfoque nacional en servicios sociales que adoptaron en sendas resoluciones sobre la materia en sus XXVIII y XXIX congresos, celebrados en 1979 y 1981; a la vez, contradecían la postura del Grupo Parlamentario Socialista en el Senado ante la propuesta del PP, antes reseñada. Volveré sobre esto a propósito de la Ley sobre dependencia funcional.

La desigualdad en el interior de las Comunidades Autónomas

En virtud de las competencias que las Comunidades Autónomas han asignado a las Entidades Locales, el déficit de universalidad varía de unas a otras, especialmente en prestaciones como las vehiculadas por la teleasistencia y la ayuda a domicilio. Ello da lugar un nuevo nivel de desigualdad. Este problema, teniendo en cuenta la competencia exclusiva de las Comunidades Autónomas, es más fácil de abordar que la desigualdad entre Comunidades.

La Comunidad Autónoma interesada en la igualdad de protección ha de ejercer de modo efectivo la responsabilidad plena en la garantía del nivel de atención que marque su legislación. La descentralización local puede hacerse, pero en la medida que resulte compatible con la igualdad, lo que debe llevar a la diversificación de los grados de descentralización, según la capacidad de los entes. La Ley Reguladora de las Bases del Régimen Local, no sólo lo permite, sino que lo impone (art. 2.1).

En aquellos casos en los que no se asignen competencias a los Ayuntamientos, los recursos de la oferta deberían instalarse, de todos modos, descentrados sobre el territorio. Como ha hecho la Comunidad de Castilla y León con los Centros de Acción Social al servicio de municipios de menos de 20.000 habitantes y dependientes de las Diputaciones; fórmula establecida por la Ley 18/1988, de 28 de diciembre, de Acción Social y Servicios Sociales, de aquella Comunidad.

La Ley sobre dependencia funcional

En el curso de la legislatura 2000-2004 se produjeron iniciativas de política social de signo universalita algunas de ellas concernientes a los servicios sociales. En marzo de 2001, el Gobierno del PP contaba con un borrador de anteproyecto de ley relativa a la protección social de las situaciones de dependencia por la Seguridad Social; pero recurría a las prestaciones económicas, de modo que no afectaba a los servicios sociales. El 9 de abril de ese mismo año, el Gobierno, CCOO y CEOE-CEPYME suscriben un Acuerdo para la Mejora y Desarrollo del Sistema de Protección Social cuyo apartado VIII se refiere a la dependencia; se postula en él la participación de las tres Administraciones públicas de modo que, teniendo en cuenta las competencias de las mismas, cabe entender que alcanzaba a los servicios sociales. En el Pleno del Congreso de los Diputados celebrado el 2 de octubre de 2003 se aprobó el Informe elaborado por la Comisión de seguimiento del Pacto de Toledo –acordado por el mismo órgano el 6 de abril de

1995–, lo que supuso la confirmación del mismo; en dicho informe se postula también que participen en la protección de la dependencia, además de «toda la sociedad», los diferentes niveles de la Administración Pública, de modo que cabe entender también que ello implica a los servicios sociales. Por Resolución de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social, de 7 de octubre de 2003, se crea una Comisión de Expertos para el estudio de la dependencia en España, en cuya exposición de motivos se implica a los servicios sociales; es del caso indicar que esta Comisión de Expertos se plantea como paso previo para cumplir –a la sazón con retraso– la previsión de constituir una Comisión de Trabajo integrada por las tres Administraciones públicas prevista en el Acuerdo de 2001, antes citado. El PSOE, en 2003 y con vistas a las elecciones generales que se celebraría en 2004, hizo pública una propuesta de intervención nacional que transformaba su idea anterior de servicios sociales para la familia en protección para las situaciones de dependencia, centrada en los servicios sociales y que habría de regularse por una Ley estatal.²⁰ (La oscilación del objeto de la anunciada norma legal entre los servicios sociales y la protección de la dependencia se ha visto reflejada en el uso ambiguo de la metáfora «cuarto pilar» del Estado de bienestar –siendo los anteriores el de asistencia sanitaria, educación y pensiones–).

Los antecedentes reseñados han abocado a la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. La misma regula una acción protectora que prevé realizar mediante prestaciones técnicas de servicios sociales muy principalmente. Para esas prestaciones la Ley es universalista en cuanto que el acceso a las mismas sólo se discierne en función de la gravedad de las situaciones, no de los niveles de renta –sí se consideran éstos, en cambio, para ciertas prestaciones económicas (arts. 17.1 y 18.1)–.

El universalismo y la igualdad y los agentes privados

La oferta de la cartera de prestaciones de servicios sociales que se acuerde, para ser efectiva, requiere de la garantía pública. La oferta mercantil propia –es decir, no contratada por entidades privadas ajenas o públicas– abarca aquellas prestaciones que resultan económicamente rentables y, además, el acceso a las mismas viene condicionado por la capacidad económica para adquirirlas. Las entidades voluntarias, salvo en casos de concertación o de subvenciones públicas condicionantes, están en su derecho de seleccionar las prestaciones que ofrecen, así como a los destinatarios de las mismas. No cabe esperar, pues, de esta oferta ni universalidad ni igualdad.

Pero la garantía por el sector público de la deseable oferta universal e igualitaria de prestaciones no debe confundirse con el monopolio de su distribución. Mediante las distintas fórmulas previstas por la legislación administrativa –contratos, conciertos, concesiones, etc.–, los agentes privados pueden participar en la provisión de las prestaciones garantizadas y financiadas por el sector público.

20 Ver *El País*, 27 de enero de 2003.

Gracias a esta posibilidad, la garantía de la oferta universal e igualitaria de las prestaciones que se acuerden no está condicionada a la capacidad del sector público para la provisión de las mismas por sus propios medios.

8.2.2. Enfoque comunitario

Incluso la mera observación común muestra que las estructuras comunitarias de las sociedades (familia, amistad, vecindad, solidaridad humanitaria), aun con importantes fallos, tienen gran capacidad y potencialidad para producir bienestar individual y colectivo. Por otra parte, se viene observando desde hace mucho tiempo que los establecimientos sanitarios y sociales con internamiento prolongado generan graves problemas humanos y elevados costes económicos. De este modo, además de procurarse la mejora de tales establecimientos, se ha producido un movimiento que propugna aprovechar los recursos «naturales» de la sociedad para la atención de casos individuales. Por otra parte, las dificultades que entrañan las acciones de objeto colectivo desde fuera han indicado el camino de la participación comunitaria para las mismas. Estas orientaciones no son privativas de la rama de los servicios sociales, pero les alcanzan y convienen. Sirva como indicio esta definición de los mismos: «...entendemos por servicios sociales (llamados también a veces servicios sociales “personales”) los servicios que tienen por objeto mantener a la familia y a la comunidad local en su función de protección social».²¹ Lo indicado hasta aquí, que desarrollaré seguidamente, lleva a concluir que **la intervención y las políticas sociales, especialmente en la rama de los servicios sociales, deben actuar en régimen de subsidiariedad respecto de las instituciones sociales comunitarias y procurar potenciarlas**. Por cierto, la subsidiariedad no equivale a pasividad ni debe ir en perjuicio del enfoque proactivo que postularé después.

La aplicación individual y sus viejos antecedentes

A mi parecer, de las dos aplicaciones indicadas, la más relevante para los servicios sociales es la individual. Como veremos a continuación, el enfoque comunitario de los casos individuales se genera históricamente sobre todo en las intervenciones de objeto económico y sanitario. Pero hoy se asume que está especialmente indicado para la rama que nos ocupa.

Nuestras sociedades, en la Edad Media y en la Moderna, siguieron pautas de intervención minimalistas, las cuales implicaban el principio de que los individuos y también las familias debían asumir la cobertura de sus necesidades. La solidaridad familiar espontánea jugó un papel importante; y la obligación legal de prestar alimentos a los familiares está en nuestro derecho civil desde sus primeras manifestaciones hasta el presente (arts. 142-153 del Código Civil –el término «alimentos» es entendido en sentido muy amplio, que alcanza a la ayuda

21 «Avant-propos», en Graham Room *et al.*, *Rapport de l'observatoire européen sur les politiques nationales de lutte contre l'exclusion sociale. Services sociaux et exclusion sociale*, Comisión de las Comunitàades Europeas, 1993.

personal-). Por otra parte, se registraron iniciativas de base profesional y vecinal (cofradías, hermandades, gremios, etc.), en las que se mezclaba lo religioso con lo social y mediante las que, además de gestionar asuntos de carácter colectivo, se proveía a la atención de situaciones individuales de necesidad. Para las personas menesterosas sin protección por los cauces familiares y corporativos, se consideraba legítima la petición de socorro y obligada la práctica de la caridad, tanto por los particulares, como por las autoridades y las instituciones, especialmente las de la Iglesia Católica. El modo más extendido de petición y provisión de ayuda para estos casos era el de la mendicación y la limosna ambulantes. Se trataba, pues, de una práctica comunitaria.

La gran frecuencia de la mendicación ambulante suscitó las primeras intervenciones del poder público con el fin de regular dicha práctica: tipificación de situaciones legitimadoras de la mendicidad, examen de pobreza, límites territoriales de la mendicidad, etc. En términos generales, cabe decir que la autoridad intervenía, no para sustituir los socorros privados por una acción pública, sino para hacer viables aquellos.

Aun cuando los medios más conocidos de intervención organizada en casos de necesidad suponían la segregación social de los afectados (hospitales, orfanatos, hospicios, casas de misericordia, etc.), se utilizaron también procedimientos de ayuda compatibles con la permanencia en el domicilio y, por ende, en la comunidad. Era la fórmula indicada para el socorro de los pobres «evergonzantes», vale decir, los que no se atrevían a publicitar su pobreza. Durante el siglo XVI, fuera de España la postula Juan Luis Vives;²² y Fray Juan de Robles en Castilla.²³ Vuelvo al exterior para recordar que San Vicente de Paul –siglo XVII– prestó especial atención a la visita domiciliaria de los pobres enfermos; sin desconocer la implicación en los establecimientos sociales de las congregaciones de asistencia que creó –y de él mismo, en la reforma de la gestión del *Hôtel-Dieu* parisino–, señaló a sus Hijas –como prefería denominarlas– de la Caridad la visita domiciliaria como medio principal de su acción.²⁴ En España, el socorro a domicilio contó con el apoyo de disposiciones reales en la edad Moderna²⁵ y al final de ella, durante el reinado de Carlos III, fue elegido ese método de modo expreso por la política oficial para cubrir situaciones de necesidad de personas integradas.

Veamos cómo se articulaba esta iniciativa en la política del citado periodo relativa a la pobreza y la mendicidad, que se centró sobre todo en la Corte. Según podemos ver por varias acciones informativas y normativas, se prevé el asi-

22 *Op. cit.*, libro segundo, capítulo VII, pp. 191 en la versión castellana de Hacer Editorial, Barcelona, 1992.

23 *Op. cit.*, pp. 208 y 209.

24 Ver San Vicente de Paul (edición de Pedro Coste), *Conferencias espirituales a las Hijas de la Caridad*, Editorial CEME, Salamanca, 1983, párrafos enumerados en el índice temático bajo el epígrafe «Visita a domicilio».

25 Ver: Fermín Hernández Iglesias, *La Beneficencia en España*, Establecimientos Tipográficos Minuesa, Madrid, Tomo I, pp. 311 a 313; y Jordi Estivill, «Casa y trabajo: entre la reclusión y la itinerancia», *Sociología del Trabajo*, nº 17, invierno de 1992-1993, pp. 152 a 170.

lamiento de los pobres mendicantes verdaderos, es decir, no válidos para el trabajo en el hospicio de Madrid. Para cubrir las situaciones de necesidad de personas domiciliadas, siguiendo la pauta de anteriores disposiciones, por auto acordado del Consejo de 30 de marzo de 1778, se provee al Establecimiento de las Diputaciones de barrio para el socorro de pobres jornaleros y enfermos. Estas Diputaciones son órganos comunitarios: están encabezados por los correspondientes alcaldes e integran representantes de las parroquias y vecinos. Su misión principal consiste en allegar y aplicar recursos para los destinatarios indicados.

La opción comunitaria de Cabarrús

Los medios asistenciales en régimen de residencia prolongada –para enfermos incurables, discapacitados graves, menores desvalidos, etc.– suscitaron críticas que llevaron la voluntad hacia el enfoque comunitario. Ya encontramos en Vives la denuncia de mala gestión de tales establecimientos.²⁶ Y volvemos a encontrarla en el Conde de Cabarrús, en este caso dentro de un planteamiento integral de política económico-social en la que adopta resueltamente el enfoque comunitario. Lo expone en la primera de las cinco cartas que escribió a Jovellanos en finales de 1792 y principios de 1793 –después de que éste redactara el famoso «Informe en el Expediente de la Ley Agraria»–. Creo que merece la pena reseñar dicho planteamiento.²⁷

Como dije, la propuesta de Cabarrús es de carácter socio-económico: «Por una parte tenemos caminos y canales por abrir, ríos que hacer navegables, lagunas que agotar, puertos que construir. Por otra, tenemos millares de pobres que mantener, y que en efecto mantenemos. Vea vmd. que operación tan sencilla: combine estas necesidades y ambas quedarán atendidas, mantenidos los pobres y ejecutadas las obras.» En cuanto a los destinatarios de su plan, veamos que incluye, no sólo a los desvalidos y pobres incapaces, sino también en los desempleados forzados: «Fijémonos por consiguiente en los únicos pobres que reconoce una política ilustrada los que no pueden trabajar; y desde luego esta definición abarcará a todos los géneros de pobreza, a la imbecilidad [debilidad] de la infancia o de la decrepitud, de la salud y del sexo, y a la falta de trabajo periódica u ocasional».

Expone el autor un plan para formar un fondo de socorros o de caridad con el que acometer las iniciativas que propone en la carta. En la enumeración de las fuentes financieras, Cabarrús denuncia mala gestión y corrupción en la práctica caritativa organizada y/o institucionalizada. Entiende que las fundaciones, en el sentido amplio del término, cuentan con una masa de recursos muy importante que está mal administrada. Uno de los fallos radica en la mala gestión y aun corrupción de los administradores vitalicios y venales. Los fundadores tuvieron

²⁶ *Op. cit.*, segunda parte, caps. II y III.

²⁷ «Sobre los cortos obstáculos que la naturaleza opone a los progresos de la agricultura y medios para removerlos», *Cartas del Conde de Cabarrús (Francisco) al Sr. D. Gaspar de Jovellanos, sobre los obstáculos que la naturaleza, la opinión y las leyes oponen a la felicidad pública*, Burdeos, Lawalle joven y sobriño, 1820.

buenas intenciones, pero los administradores las desvirtúan. Cabarrús anticipa aquí el intervencionismo estatal sobre lo privado en función del interés general –lo que se haría, bien que mezclando otros intereses e incurriendo en graves defectos de gestión, mediante las desamortizaciones–. Cabarrús aborda también las rentas de la Iglesia Católica, sobre las que sugiere medidas pseudofiscales en pro del fondo de socorro que propugna. Se refiere también a los recursos del erario público. Y critica a los tutores personales vitalicios que actúan sin tener responsabilidad de sus actos y con lucro.

Cabarrús mantiene el criterio de que la sociedad tiene una gran potencialidad de protección «natural», si vale decirlo así, de pobres y desvalidos, en tanto que los modos institucionalizados vigentes a la sazón llevaban aparejada la degradación y corrupción de esa potencialidad. Sin duda en función de ese criterio propone una forma comunitaria de gestionar la acción protectora: «Fórmese en cada pueblo, según su población, una junta de caridad que anualmente se renueve, nunca menor de cinco personas, nunca mayor de treinta. Compóngase en el primer caso del alcalde del estado llano, del cura y de tres vecinos, nombrados sin distinción de clase, por la pluralidad de votos del vecindario, en la forma en que se nombran los síndicos personeros. Sígase en los lugares más populosos la misma proporción y los mismos principios, y sobre todo, que el secretario sea siempre otro vecino nombrado a pluralidad de votos, y que ningún derecho, ni ningún emolumento profanen un cargo tan sublime».

Comienza Cabarrús su exposición de políticas de áreas sociales por los exópsitos. Critica la práctica social de castigar la maternidad de hijos ilegítimos mediante la estigmatización absoluta, lo cual induciría al abandono de los hijos ilegítimos por sus madres para suprimir la prueba de su falta; lo cual iba en perjuicio de aquéllos, especialmente teniendo en cuenta el régimen de crianza mediante amas profesionales. Propone que se aproveche el instinto natural de la gente en pro de los niños: «Este es el orden que debemos seguir: si la madre no puede estar rodeada de los suyos, la caridad ingeniosa la sustituirá otra familia para aquellos instantes críticos; pero no una familia de empleados mercenarios, en quienes la continuación del mismo espectáculo haya destruido la sensibilidad que inspira, sino una familia escogida; y no será por de contado entre las más pobres donde se encontrará menos humanidad y virtud». Para los casos en que fuera necesaria la prestación de un ama de cría, «la familia adoptiva quede encargada de atender que el ama cumpla las obligaciones de su destino.» «...desempeñará la sociedad todas las obligaciones del padre, hasta conducir su alumno, a aquella época en que dice a todos los ciudadanos: “he cumplido con mi deuda, ya empieza la tuya” ».

Pasa después Cabarrús a tratar la protección de «el hombre criado y ya adulto; pero postrado por enfermedad, y destituido de socorros» –aduce su experiencia en la materia por haber sido, como Jovellanos, consiliario [consejero] de hospitales–. «Nuestra caridad le da la mano, es cierto, y le conduce a nuestros magníficos hospitales; pero ¡justo Dios! ¿Qué caridad? ¿Pudo jamás la tiranía más ingeniosa, y más intensamente combinada, reunir en tan corto espacio más insultos a la humanidad? A título de darles algunos socorros de un arte im-

perfecto siempre escasos, siempre atropellados, y por consiguiente, frecuentemente ineficaces, quando no homicidas; se la [les] quitan por de contado todos los beneficios y auxilios de la naturaleza, la ventilación, el sosiego, los consue- los, el esmero del parentesco, del amor y de la amistad...». Si ello es inherente a tales establecimientos, dice, deben reducirse a lo imprescindible, dando paso a un abordaje comunitario de la atención a los enfermos desvalidos: «Qualquiera hombre que tenga un hogar una familia, un amigo, no necesita de un hospital, y estará mejor asistido en su domicilio. Allí se curarán mejor quantos enfermos pueblan nuestros hospitales: allí tendrán los mismos socorros, siempre que los facultativos estén distribuidos con debida proporción, y que cada pueblo que pueda sufragarlo, mediante la dotación proyectada de socorros, tenga médico, cirujano, botica, y que las aldeas circundantes puedan acudir y valerse de aquellas proporciones. Arreglado así, quedarían sólo para los hospitales, o aquellos hombres destituidos de toda conexión o parentesco, o aquellos que pidan operaciones extraordinarias. Para todos estos objetos convendría que en cada partido hubiera hospitales dirigidos por otros principios; y en esta parte nuestros vanos reglamentos nunca reemplazarán los institutos sublimes de San Juan de Dios, o de las Hermanas de la Caridad».

Se refiere seguidamente Cabarrús a los afectos de secuelas permanentes, como sucede «en los impedidos, en los dementes, en los ciegos, etc.»; discapacidad grave, diríamos hoy. Sin duda buscando la racionalidad en la protección, y como ya hiciera Vives,²⁸ adopta el principio de adaptación de la misma al grado de discapacidad: «Si no pueden servir para nada, ¿Quién duda que los socorros han de ser absolutos, como las necesidades... Pero si no llegasen a este último apuro, si no padeciesen más que una disminución de facultades, la sociedad les debe facilitar (y no más), objetos a que aplicar las que les quedan...» Denuncia la práctica asistencial de los establecimientos destinados a personas con discapacidades graves: «Ya veo vuestros hospicios con los mismos inconvenientes que nuestros hospitales, y con resultas todavía más horribles. En nuestros hospitales al cabo se sacrifican los pobres; pero en nuestros hospicios se les degrada y se les pervierte...». Y propone también la fórmula comunitaria, combinada, en el caso de los parcialmente capaces, con lo que hoy se llamaría empleo protegido –o, más púdicamente, especial–, bien que a domicilio: «Hemos visto como los enfermos estarán mejor y más económicamente asistidos en sus casas que en los hospitales. Asimismo estarán mejor ocupados en sus casas que en los hospicios los pobres débiles y acreedores de una ocupación honesta».

Termina su propuesta de intervenciones selectivas con la relativa a los desempleados forzosos, que enuncia así: «...sólo queda que atender a los brazos robustos, que la falta de trabajo, o permanente u ocasional, condena a la inercia, y por consiguiente a la mendiguez: plaga tanto más peligrosa quanto es mas insensible, y que sólo se percibe quando es más difícil de remediar...». Propone

28 *Op. cit.*, segunda parte, cap. III.

para ellos la aplicación de socorros del fondo de caridad, anteriormente mencionado, a realizar obras públicas, tanto municipales como generales, es decir, nacionales o estatales, en la estructura política actual.

El enfoque comunitario en la Beneficencia decimonónica

El enfoque comunitario tendría una estimable acogida en la Ley de Establecimiento general de la Beneficencia, de 23 de enero-6 de febrero de 1922. Aun cuando apenas tuvo aplicación esta norma, me parece de especial interés como exponente ideológico del liberalismo progresista que la inspirara, de modo que reseño sus preceptos más relevantes para el asunto que aquí se trata. De acuerdo con lo establecido por la Constitución de 1812, se asigna la responsabilidad pública directa del nuevo sistema institucional a los ayuntamientos, para los que se prevé una Junta Municipal de Beneficencia, presidida por el alcalde y con participación de eclesiásticos, vecinos particulares y profesionales sanitarios (arts. 1 a 4). Para las poblaciones grandes se prevén Juntas parroquiales, subordinadas a las municipales, presididas por el párroco o su teniente e integradas por vecinos (arts. 17 a 19). La primera Ley de Beneficencia otorga prioridad a los socorros domiciliarios (art. 86) y a la hospitalidad domiciliaria (art. 98) respecto a la atención en establecimientos. Ambas modalidades asistenciales son objeto de una amplia regulación.

Durante el reinado de Isabel II, bajo la Constitución de 1845 y con gobierno moderado, se promulga la Ley General de Beneficencia de 20 de junio de 1849. En cuanto a la asignación de responsabilidades, la nueva Ley se aparta de la opción municipalista anterior y clasifica a los establecimientos públicos en «generales, provinciales y municipales» (art. 2). Para cada uno de estos niveles, se establecen las correspondientes Juntas de Beneficencia (arts. 5 a 13). En cuanto a participación, las vicepresidencias de las Juntas general y provinciales se asignan a eclesiásticos; y se cuenta con las llamadas Juntas de señoras para regir ciertas atenciones asistenciales. El Reglamento de la Ley, aprobado por Real Decreto de 14 de mayo de 1852, regula la estructura organizativa y técnica de la Beneficencia pública, de acuerdo con un criterio de jerarquía territorial. Siguiendo este criterio, se asigna a los Municipios, entre otras, la responsabilidad de la beneficencia domiciliaria (art. 4), que la Ley califica como «el verdadero y esencial objeto de la Beneficencia municipal» (art. 89).

También puede seguirse el rastro del enfoque comunitario en la crítica de los establecimientos de internado. En 1860, la Real Academia de Ciencias Morales y Políticas convocó un concurso de memorias para buscar remedios a la situación problemática de la Beneficencia. El trabajo, que fuera premiado, de Concepción Arenal describe graves problemas de mala asistencia en los establecimientos asistenciales.²⁹ En la memoria, galardonada en dicho concurso con accésit, de José Arias Miranda encontramos el eco del debate internacional sobre la disyuntiva

²⁹ *La Beneficencia, la Filantropía y la Caridad*, Imprenta del Colegio de Sordo-mudos y Ciegos, Madrid, 1861, pp. 52 y ss.

entre la asistencia sanitaria en hospitales o en el domicilio.³⁰ Y me parece especialmente indicativo de la relevancia pública del asunto verlo abordado por Fernández de los Ríos en su *Guía de Madrid* de modo tan explícito como este: «El hospital general necesita un presupuesto anual de cerca de tres millones de reales para socorrer a 13.388 enfermos, mientras que la beneficencia municipal domiciliaria, con 1.404.134 reales, 33 cents., socorrió en ese mismo año 29.874 enfermos y 26.794 sanos, que forman un total de 56.668 socorridos».³¹

Iniciativas internacionales recientes

Pese a la densidad de antecedentes del enfoque comunitario de los casos individuales en nuestra tradición, me parece que el mismo llega al movimiento de reforma de los servicios sociales desde el exterior. Casi no podría ser de otro modo, ya que en dicho movimiento predominó la postura de rechazar el pasado sin estudiarlo previamente; me remito a los textos proféticos. Por estas circunstancias, resulta indicado recordar aquí algunos de los antecedentes internacionales del enfoque comunitario, en varias ramas y áreas de la acción pro bienestar.³²

En el año 1961 se publicó en los EE.UU. el informe *Action for mental health*, en el que se criticaba el recurso preferente de la asistencia hospitalaria y se pugnaba el enfoque comunitario. Las distintas iniciativas del movimiento de reforma psiquiátrica rechazan la segregación hospitalaria permanente y proponen el trabajo con grupos y la inserción comunitaria.³³ En España, se asumen estos planteamientos oficialmente, primero, mediante la adopción por el Ministerio de Sanidad y Consumo del Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica³⁴ y, después, al recibirlos en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (art. 20).

También se desarrolló el enfoque contrario al imperialismo hospitalario para la acción sanitaria general, lo que propició la recuperación de la medicina de familia, la promoción de la medicina comunitaria y la idea de la atención primaria; proclamada ésta solemnemente en la Conferencia Internacional sobre el asunto que se celebrara en Alma-Ata y en 1978, como función central y puerta de entrada de la acción sanitaria, según se afirma en la Declaración de aquélla (IV). La primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, celebrada en Ottawa y en 1986, confirma la línea reseñada al proponer «El reforzamiento de la acción comunitaria», según reza la Carta emitida en el evento.³⁵ En

30 *Reseña histórica de la Beneficencia española*, Imprenta del Colegio de Sordo-mudos y Ciegos, Madrid, 1862, pp. 100 y ss.

31 Monterrey Ediciones, Madrid [1876], 1982, p. 614.

32 Sigo mi exposición en *Reforma política de los servicios sociales*, *Op. cit.*, pp. 91 a 96. Sobre el asunto puede verse Fernando Fantova, «Los enfoques de las redes y los apoyos sociales y comunitarios y la gestión del conocimiento», en Demetrio Casado (dir.), *Avances del bienestar basados en el conocimiento*, *Op. cit.*

33 Ver Manuel Desviat, *La reforma psiquiátrica*, Dor, Madrid, 1994, pp. 27 y ss.

34 Ministerio de Sanidad y Consumo, 1985.

35 Puede verse una evaluación del seguimiento en España de dicho enfoque en María José Aguilar Idáñez, *La participación comunitaria en salud*, Díaz de Santos, Madrid, 2001.

España, la Ley General de Sanidad, de 1986, incluye en las actuaciones del sistema nacional de salud «La atención primaria integral de la salud, incluyendo, además de las acciones curativas y rehabilitadoras, las que tiendan a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad del individuo y de la comunidad» (art. 18.2).

En relación con las discapacidades, surgió en los años 60 del pasado siglo el método denominado «rehabilitación basada en la comunidad», que postula que los tratamientos se realicen en medios sociales, así como la inserción en los mismos. Este movimiento, de inspiración norteamericana, fue asumido por la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización de Naciones Unidas para la Educación y la Cultura (UNESCO). En España no ha sido recibida esta propuesta de modo expreso. También en relación con las discapacidades, el movimiento *independent living*, protagonizado por personas con graves deficiencias físicas y ciegos principalmente, tiene igualmente significación comunitaria. Nace, también en los años 60, en California, cobrando mucho auge en América del Norte y Escandinavia. Su objetivo primordial consiste en lograr la autonomía en la toma de decisiones de las personas afectadas, sin tutelas; lo cual entraña el rechazo del régimen de internado, en cuanto que las impone. En España se ha creado, ya en este siglo XXI, el Foro de Vida Independiente, que es un grupo o red minoritaria muy activa.

La rama de los servicios sociales, objeto específico de esta exposición, se ha visto también afectada por el reciente movimiento de desinternamiento y comunitarización. El *Seebohm Report*,³⁶ del Reino Unido, es un antecedente documental notable. El Gobierno de dicho país creó, en 1965, un comité presidido por Frederic Seebohm «para revisar la organización y responsabilidades de los servicios sociales personales de la autoridad local en Inglaterra y Gales, y para considerar cuáles son los cambios más deseables para asegurar un servicio familiar efectivo.» El informe abordó este objetivo y lo amplió al enfoque comunitario («community based»). De los organismos internacionales, puedo citar como aportación expresamente referida a los servicios sociales, un informe del Consejo de Europa, elaborado en 1978, el cual asume la crisis de la llamada «institucionalización» y registra las opciones alternativas en las que «el servicio va hacia el cliente y no a la inversa».³⁷

Aplicación colectiva

Cuenta con antecedentes muy lejanos la acción participativa tradicional de las comunidades locales orientada hacia objetivos propios y de muy diversas ma-

³⁶ *Report of the Committee on Local Authority and Allied Personal Social Services*, Her Majesty's Stationery Office, Cmnd. 3703, 1968. Puede consultarse la versión castellana de su capítulo primero y de síntesis, así como una reseña histórica de las circunstancias del Comité, más el texto de la Ley que inspiró en Gloria Rubiol, *Los servicios sociales II. Leyes de servicios sociales en Europa*, Madrid, Siglo XXI de España, 1985.

³⁷ Conseil de l'Europe, *Les services sociaux*, Strasbourg, 1980, p. 18.

terias.³⁸ Encontramos, por otra parte, en la historia numerosas experiencias de implantación de comunidades locales en régimen participativo –en algunos casos extremo, como el de los kibbutzim israelíes–. Pero aquí me voy a referir sólo a las metodologías de intervención externa recientes que toman como objeto material las comunidades locales –pueblos o barrios– y que se inspiran en el principio de participación. Esas metodologías tienen dos expresiones de especial relevancia: la que Mary Richmond incorpora a su concepción del trabajo social³⁹ y la promovida por Naciones Unidas como desarrollo comunitario o desarrollo de la comunidad a partir de 1955,⁴⁰ pero no son las únicas.

La idea del desarrollo comunitario inducido puede observarse en diversas iniciativas que se desarrollan a partir de los años finales del decenio de los 50 del pasado siglo, las cuales debieron de verse favorecidas por el crecimiento económico, la opción política y cierta apertura al exterior que tuvieron lugar en este tiempo. Cáritas Española, por inspiración y gestión de Rogelio Duocastela, adoptó una línea de trabajo que denomina «acción social», mediante la cual pretende superar la acción asistencial pasivizante.⁴¹ Uno de sus instrumentos más relacionados con el asunto que ahora nos interesa fueron los «centros sociales», inspirados en experiencias extranjeras, y con objetivos y técnicas de gestión claramente comunitarios.⁴² La citada línea de la acción social impulsada desde Cáritas Nacional, además de promover iniciativas locales, apoyó otras que venían desarrollándose; entre ellas, por sus resultados, duración y gestión, cabe destacar el Plan Social Baza.⁴³ Cáritas siguió prestando atención y apoyo a los centros sociales y a los proyectos locales de enfoque comunitario en años 60,⁴⁴ en el curso de los cuales se adoptó la terminología y algunos aportes de la marca «desarrollo comunitario».⁴⁵

Sin abandonar sus propias concepciones y denominaciones, también reivindicaron en el decenio de los 60 su parentesco con el desarrollo comunitario varias instancias de acción local, como la Federación Española de Centros Sociales, la Red Nacional de Teleclubs y la Sección Femenina de FET y de las JONS.⁴⁶ La propia Administración Central llegó a interesarse en el citado decenio por el desarrollo comunitario para sus acciones de urbanismo social⁴⁷ y or-

38 Puede verse una muestra de ello en Natividad de la Red, *Solidaridad y ayuda mutua en una comarca de Castilla y León*, Institución Cultural Simancas, Valladolid, 1986.

39 Clarisa Ramos Feijóo, «Enfoque comunitario, modernidad y postmodernidad. El trabajo social con la comunidad en tiempos de la globalización», *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, nº 8, octubre 2000, pp. 190.

40 Ver Ezequiel Ander-Egg, *La problemática del desarrollo de la comunidad a través de los documentos de NN. UU.*, Fondo Editorial Común, Caracas, 1970.

41 Ver *Documentación social*, nº 1, sin fecha (1958).

42 Ver *Documentación social*, nº 2, sin fecha (circa 1958).

43 Ver Demetrio Casado, *Plan Social Baza*, Euramérica, Madrid, 1969.

44 Puede seguirse esta línea de acción en las revistas *Documentación social* y *Perspectivas sociales*.

45 Equipo TRS, «Cómo inició Cáritas el Desarrollo Comunitario», *RTS*, nº 89, marzo de 1983.

46 Pueden servir para juzgar la propiedad de esa reivindicación de parentesco los trabajos contenidos en *El desarrollo comunitario en España*, Temas Españoles, nº 502, Publicaciones españolas, Madrid, 1969.

47 Así lo atestigua el hecho de que se incluyera en una colección del Ministerio de la Vivienda esta publicación: *Aspectos generales del desarrollo comunitario*, Ministerio de la Vivienda, Resúmenes monográficos de documentos, nº 13, 1967 (multicopiado).

denación rural.⁴⁸ El desarrollo comunitario, aparte del valor técnico que se le apreciara, era visto como una moda o marca de prestigio. Oí decir a cierta representante de la Sección Femenina que la idea del mismo estaba en el pensamiento de José Antonio...

Aun cuando el trabajo social llega a España mucho antes –su primera escuela data de 1932–, parece que no incorpora el enfoque comunitario hasta los años sesenta. En el curso de los mismos se producen algunas iniciativas animadas por profesionales del trabajo social –asistentes sociales, en la terminología de la época–. También en ese decenio, la Federación de Escuelas de Trabajo Social de la Iglesia promueve la edición de trabajos extranjeros sobre desarrollo y organización de la comunidad en la colección «Asistencia social» de la editorial Euramérica. Y tuvo lugar también en aquel decenio la venida a España, contratado por la diócesis de Málaga para animar un proceso de desarrollo en Vélez-Málaga, del trabajador social italiano Marco Marchioni, con un planteamiento básicamente político del desarrollo comunitario.⁴⁹ Esta circunstancia limitó su permanencia en aquel proyecto, pero le dio un gran crédito y seguimiento, particularmente entre las asistentes sociales –y algunos otros profesionales– que acaso buscaran fundir la actividad profesional y el activismo antifranquista.

Venturas y desventuras en los servicios sociales españoles

El movimiento de reforma de los servicios sociales incorporó el enfoque comunitario mediante la adopción de principios, principalmente los de normalización e integración, que lo suponen al menos indirectamente. Pero para saber a qué atenerse en la acción pro enfoque comunitario, importa que veamos ahora las oportunidades y obstáculos que le abren o le cierran el camino en la práctica.

Ha sido una oportunidad para el enfoque comunitario la construcción administrativa, fundada en las leyes de la rama que nos ocupa, de la clase organizativa de los servicios sociales de atención primaria –también llamados de base, comunitarios o generales– con un contenido de prestaciones compatibles con la permanencia en el domicilio, de apoyo a esta situación, de alojamiento transitorio y aun de acción comunitaria.

El enfoque comunitario encuentra dificultades en el modelo organizativo de la especialización y viene facilitado por el territorial. Aquél propicia la concentración de recursos específicos para las distintas clases de necesidades y/o usuarios, lo que lleva consigo el riesgo de la lejanía y aun del internamiento. Este es el caso de algunos establecimientos especializados de ámbito nacional dependientes del IMSERSO, así como de los llamados servicios sociales especia-

⁴⁸ Ver Luis García de Oteyza, «Introducción», *Desarrollo comunitario rural*, Ministerio de Agricultura, 1968.

⁴⁹ Marco Marchioni, «Elementos (o apuntes) para una historia del desarrollo comunitario en España», *RTS*, nº 89, marzo de 1983.

lizados provistos por las Comunidades Autónomas mediante una estructuración provincial y aun supraprovincial. El modelo territorial opta por extender recursos en demarcaciones de pequeña extensión, de modo que los usuarios puedan servirse de ellos sin grandes desplazamientos ni, menos, viéndose obligados al abandono prolongado de sus domicilios –salvo el caso de personas sin hogar, o maltratadas que deben alejarse del mismo por seguridad–. Las Comunidades Autónomas han optado por este modelo para los citados servicios de atención primaria.

La opción territorial localista está recibiendo un importante apoyo económico y organizativo, a partir de 1988, mediante el que se denominó entonces Plan Concertado para el Desarrollo de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales de Corporaciones Locales.⁵⁰ Este Plan fue fruto de la iniciativa del Ministerio de Trabajo y participaron inicialmente en el mismo todas Comunidades Autónomas, salvo que se excluirían después las de Navarra y el País Vasco, por su régimen económico. Tales prestaciones básicas fueron inicialmente –y siguen siendo básicamente– las siguientes: «Información y Orientación», «Ayuda a Domicilio», «Alojamiento» y «Prevención de la Marginación e Inserción Social». Junto a ellas, se incluyeron estas complementarias: «Solidaridad Social, cooperación, autoayuda y voluntariado». Los equipamientos prioritarios fueron: «Centros de Servicios Sociales» –destinados a proveer o gestionar prestaciones en régimen ambulatorio–, «Albergues» y «Centros de acogida».

El régimen de discrecionalidad administrativa de los servicios sociales –con la excepción formal del País Vasco, antes citada–, afecta especialmente a los de atención primaria, por la muy dispar capacidad financiera y técnica, y voluntad política, de las Corporaciones Locales. Y es ésta una circunstancia obviamente adversa para la extensión del enfoque comunitario. Veámoslo en este ejemplo: las personas afectas de dependencia funcional residentes en un municipio que escatima o no ofrece ayuda a domicilio se ven empujadas, entre otras salidas, hacia el ingreso en un centro residencial, con el consiguiente alejamiento del domicilio y, frecuentemente, de la comunidad de residencia.

Sin entrar en la cuestión del reparto de competencias, es también adverso para el enfoque comunitario el déficit de desconcentración que se observa en la gestión de ciertos servicios considerados especializados de las Comunidades Autónomas. En el orden de la organización y la gestión, el enfoque comunitario no se propicia sólo por la municipalización de competencias, sino que cabe recurrir también a la desconcentración. Sirva como ejemplo que la Ley del Principado de Asturias 1/2003, de 24 de febrero, de Servicios Sociales prevé estructuras de gestión en las áreas territoriales de servicios sociales (art. 15.3).

El enfoque comunitario tiene importantes posibilidades de realizarse y de frustrarse en el nivel de la práctica técnica. Se realiza el enfoque comunitario cuando, sin perjuicio de los apoyos de urgencia, se procura promover apoyos y

⁵⁰ Puede verse un tratamiento más amplio de este asunto en Demetrio Casado, *Reforma política de los servicios sociales*, op. cit., pp. 39 y 48.

vínculos de y con las redes sociales por los que se propicie la solución autónoma de las necesidades y aspiraciones de los usuarios.⁵¹ Se trata de vincular al individuo pobre en relaciones a las redes disponibles: sea reparando sus conexiones familiares, sea propiciando su articulación en otras agrupaciones total o parcialmente comunitarias. Cuando ello no es posible o suficiente, se plantea la necesidad de armar redes nuevas. Desgraciadamente, predomina la derivación hacia recursos monetarios u otros económicos, así como la dispensación pasivizante de recursos técnicos de matriz administrativa.

Para terminar, debo referirme a las acciones de organización y desarrollo de comunidades. En las leyes de servicios sociales, algunas prestaciones de la atención primaria pueden dar cabida a las citadas acciones. Es de citar la Ley 18/1988, de 28 de diciembre, de Acción Social y Servicios Sociales de Castilla y León que asigna a los Consejos Sociales rurales y de barrio (art. 23), entre otros cometidos, «Impulsar la animación y el desarrollo comunitario» (art. 24.a). La práctica, según mi impresión, es muy escasa. Y me parece difícil que cambie la situación. La pluralidad de ramas que deben converger en los procesos de organización y, sobre todo, de desarrollo de comunidades es un factor de dificultad para su realización en el sector público, tan compartimentado y corporativista. Por otra parte, los servicios sociales públicos no se han provisto de los necesarios recursos organizativos y humanos.

Además de adoptar el enfoque comunitario para su propio ámbito, la rama de los servicios sociales está llamada a cooperar en esa dirección y para ciertos casos con la asistencia sanitaria. Para la salud mental se ha producido incluso una previsión legal. La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad opta por el enfoque comunitario para la asistencia psiquiátrica (art. 20) e impone la búsqueda de coordinación entre los servicios de rehabilitación e inserción y los sociales (art.20.3). Las Comunidades Autónomas, en general, no han correspondido a ese precepto con otros equivalentes, de modo que las aportaciones –importantes en algún caso– de la rama que nos ocupa a la demanda de la salud mental se guía, como toda aquella, por la discrecionalidad.

El enfoque comunitario y los agentes proveedores

La permanencia en el propio medio de niños en la primera infancia y personas de cualquier edad afectas de limitaciones funcionales graves está siendo posibilitada en la mayor parte de los casos por los propios familiares. Los propios afectados –en el caso de los adultos con capacidad mental– y esos familiares recurren en muchos casos a la contratación de servidores y asistentes domésticos o personales.

El sector mercantil español muestra predilección, presumiblemente fundada en motivos económicos, por la explotación de establecimientos residenciales, principalmente para personas de edad avanzada. Además de las residencias de formato tradicional, el sector mercantil está desarrollando una oferta creciente de com-

51 Sobre esto, Silvia Navarro, *Redes sociales y construcción comunitaria*, Editorial CCS, Madrid, 2004.

plejos de apartamentos con servicios de apoyo doméstico y terapéutico. Junto a esta oferta ajena al enfoque comunitario, es justo mencionar algunas aportaciones importantes al mismo, también en el área gerontológica: es el caso de la teleasistencia, de la ayuda a domicilio y de centros de día. Una gran parte de tales prestaciones se provee por cuenta de Entes Locales que se las contratan. También ofrece este sector prestaciones residenciales de carácter temporal, que permiten compatibilizar la permanencia habitual en su medio de las personas dependientes de atención en familia con las vacaciones u otras circunstancias de sus cuidadores. Es también afín al enfoque comunitario la incipiente oferta de servicios de orientación y derivación que están comercializando algunas empresas en régimen mercantil.

Una parte importante de la oferta de servicios sociales del sector voluntario, presumiblemente por inercia y/o por comodidad, es de régimen residencial común. Pero merece ser destacada la aportación de este sector a la oferta de pisos tutelados y similares, afines al enfoque comunitario. Son estimables las aportaciones de organizaciones voluntarias en centros de día –de rehabilitación, ocupacionales, de guardería, etc.– especializadas para las clases de afectados objeto de aquellas. Algunas entidades voluntarias proveen servicios de ayuda a domicilio y gestionan programas de trueque de alojamiento –de jóvenes– por compañía –a personas de edad avanzada–. La mayor parte de la oferta voluntaria se mantiene mediante conciertos con entes públicos o reciben subvenciones de ellos.

La contribución efectiva del sector público a la aplicación del enfoque comunitario es más débil de lo que correspondería a sus manifestaciones programáticas. Hasta hace poco tiempo, el esfuerzo público en servicios sociales se ha concentrado en establecimientos residenciales de gran formato. El criterio ha cambiado, al menos en una parte de las entidades públicas, pero no parece que se esté produciendo una intervención que posibilite la preeminencia del enfoque comunitario. Como quedó expuesto, el enfoque comunitario depende de varios factores, pero hay uno de carácter estratégico: garantizar una oferta pública –sin perjuicio de su provisión plural– de prestaciones posibilitadoras de la permanencia en el propio medio, de modo que se haga innecesaria la sobredemanda de plazas residenciales.

8.2.3. Enfoque del desarrollo personal

La acción de los servicios sociales ha de tener como referencia, además de las situaciones insatisfactorias de partida, las metas deseables de llegada. La intervención y las políticas sociales tradicionales prestaron atención prioritaria y casi exclusiva a las situaciones de grave carencia material y de salud, así como a la menesterosidad de los niños y de las personas de otras edades dependientes del socorro ajeno para sobrevivir. Este planteamiento minimalista ha sido superado, por supuesto, en la acción educativa, pero también en la sanitaria, que busca la promoción de la salud. De modo análogo, **tanto para rentabilizar los recursos como, sobre todo, para hacer justicia a la dignidad humana, los servicios sociales deben posibilitar, no sólo la subsistencia, sino procesos de desarrollo**

personal. Esto supone dos condiciones: una concepción abierta de las posibilidades y aspiraciones de los usuarios, y técnicas de trabajo adecuadas.

Calidad de vida y vida de calidad

José Antonio Marina ha sintetizado la sabiduría de vivir clásica de esta forma: «No sólo les preocupaba vivir agradablemente, sino también llevar una vida valiosa y noble»⁵². Calidad de vida y vida de calidad, cabría decir.

El objetivo de la vida agradable fue adoptado con pasión racionalista por la Ilustración, mediante la noción de felicidad. La *Encyclopédie* (1751-1772) la define y la reivindica. La Declaración de Derechos de Virginia (1776) la incluye entre los inherentes a la persona (art. 1). La Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano asume la meta de la felicidad en el preámbulo de su versión inicial (26 de agosto de 1789), así como en el articulado de la que encabeza la Constitución francesa de 1793: «El fin de la sociedad es la felicidad común» (art. 1).

La meta de la vida agradable ha sido expresada también mediante el concepto de bienestar. La Constitución de Cádiz (1812) articula la «felicidad de la Nación» con el «bienestar de los individuos» (art. 13). Pero el salto a la fama del concepto ha tenido lugar mediante el «Estado de bienestar» –denominación debida, al parecer, a un obispo anglicano–.⁵³ Dicha fórmula política incluye inequívocamente la responsabilidad de los poderes públicos, no solo en el socorro de los casos extremos de infortunio, sino en la prevención general de los riesgos sociales y en la protección social también general de los afectados por circunstancias adversas. Bienestar es, en esta encarnación histórica, evitación y corrección de las situaciones de malestar. Tras la etapa de los seguros sociales, que iniciara Bismarck en Alemania (1883), el *Beveridge report* (1942),⁵⁴ encargado por el Gobierno de concentración del Reino Unido en la coyuntura de la Segunda Guerra Mundial, vendría a ser la semilla del Estado de bienestar adoptado progresivamente en el mundo occidental. Por lo demás, la responsabilidad pública en el bienestar que posibilita el derecho de los ciudadanos al mismo ha sido asumida por los organismos internacionales: Declaración de los Derechos Humanos, de 1948 (art. 25.1); Carta Social Europea, de 1986 (I.14); Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea, de 2000 (cap. IV).

Hasta los años 60 del pasado siglo el bienestar se media principalmente utilizando desarrollos operativos del concepto de nivel de vida. Se ha dicho que el mismo era muy economicista, pero es lo cierto que se utilizaban versiones centradas en la disponibilidad de bienes y servicios principalmente de carácter social y que alcanzaban a las condiciones políticas.⁵⁵ Lo que sí ocurría es que el

52 «Una filosofía de la ancianidad», *Rol*, Abril de 2004, p. 9.

53 Nicholas Timmins, *Los cinco gigantes. Una biografía del Estado de Bienestar*, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2001, p. 103.

54 Versión castellana: *Seguro social y servicios afines*, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, 1989.

55 Ver, por ejemplo, Naciones Unidas, *Definición y medición internacional del nivel de vida*, Nueva York, 1961.

común de las mediciones se refería a las estructuras objetivas. A partir del citado decenio irrumpe la noción alternativa de calidad de vida. Se acepta que la misma pivota sobre la percepción subjetiva de satisfacción relativa a diversos factores sociales⁵⁶ pero, según podemos ver con frecuencia en los medios de comunicación social, abundan las mediciones de condiciones objetivas. Por otra parte, se incurre yo creo que habitualmente en la contradicción de establecer las tablas de factores de calidad de vida sin consultar a las poblaciones concernidas sobre la relevancia subjetiva de aquellos; lo cual parece especialmente preocupante para el caso de personas como las afectas de discapacidad intelectual cuya participación en los valores convencionales es, al menos, dudosa.

En las sociedades occidentales contemporáneas, el objetivo de la vida valiosa, noble o de calidad está siendo menos jaleado que el de la vida agradable o la calidad de vida. El consumismo no se limita a los bienes y servicios económicos, sino que se extiende a la intervención y a las políticas sociales. Así, ocurre que la propaganda política electoralista puja en la oferta de derechos y ventajas individuales, en tanto que raramente nos recuerda los deberes, trabajos y costes colectivos que los hacen posibles. Esto es así pese a que los mismos están en nuestros códigos políticos y jurídicos y en nuestra experiencia histórica. En la esfera social, las vidas nobles y de calidad se muestran menos que las que cobran fama por innobles, morbosas, escandalosas...

Las expresiones políticas y jurídicas de nuestras sociedades contemporáneas incluyen deberes y obligaciones de la vida colectiva, más allá de las relaciones de ayuda entre parientes –derecho de alimentos en nuestro Código Civil (arts. 142-152)–. La Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano en su versión de 1793 incluye el deber público de asistencia en situaciones de necesidad (art. 21). La Constitución de Cádiz establece los deberes y obligaciones primordiales de los ciudadanos en su título primero (arts. 6-9), como parte de los cimientos del edificio nacional. La Declaración de los Derechos Humanos, de 1948, incluye en su primer artículo el deber de la fraternidad y en los finales los deberes respecto a la comunidad y respecto a los derechos de los demás (art. 29). Nuestra Constitución vigente, nacida en una circunstancia nada propicia a la imposición de deberes, los regula en varios artículos (27.4, 30, 35). La Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea, de 2000, señala en su preámbulo que el disfrute de los derechos «origina responsabilidades y deberes tanto respecto a los demás como de la comunidad humana y de las futuras generaciones».

Viniendo al Estado de bienestar, que es la solución técnica en la que convergen los países occidentales, resulta obvio que los derechos sociales del mismo se sustentan en la solidaridad obligatoria. Refiriéndose al documento fundacional que tejiera Beveridge, se ha dicho de éste: «A lo largo de todo su informe, intentó hallar un equilibrio entre los derechos y los deberes, los incentivos y la

56 Ver reseña de Enric Pol y Manuel Domínguez, «Calidad de vida en la ciudad. Claves para su comprensión contextual.», en *Documentación social*, nº 67, 1987, pp. 236 y ss.

57 Nicholas Timmins, *Op. cit.*, p. 76.

seguridad, el individualismo y el colectivismo»⁵⁷

El usuario de los servicios sociales públicos, en tanto que tal, ejercita derechos –precarios, en el caso español– posibilitados por el Estado social. Pero incluso en los casos más pasivos –niños, personas adultas incapacitadas para el trabajo, jubilados, etc.–, los servicios sociales están llamados a evitar el paternalismo –tan gratificante, con frecuencia, para ambas partes– y a propiciar la adquisición o recuperación de capacidades y la voluntad de contribuir al bienestar colectivo, como es propio de la condición de ciudadano cabal. Por supuesto, esta meta se procura más claramente mediante la rama educativa que por los servicios sociales, pero no deben minusvalorarse las posibilidades de estos. A título de ejemplo, habrá de evitarse estimular el apetito por las prestaciones monetarias y promover la vida activa y contribuyente.⁵⁸

Pasando al plano ético, uno de los diagnósticos más interesantes que hizo Ortega y Gasset es el que formula mediante la oposición del hombre selecto al hombre masa.⁵⁹ El primero afronta su circunstancia y se reivindica acreedor de responsabilidades. A la vez que contribuye a las causas comunes, labora por su propio desarrollo y realización. Por supuesto, en esta brega le acompaña el temor de tomar decisiones desacertadas. La pauta moral de los hombres selectos es esencialmente la asunción de responsabilidades en las causas colectivas y, a la vez, en su propia vida. Por el contrario, a las masas «no les preocupa más que su bienestar, y al mismo tiempo son insolidarias de las causas de ese bienestar.»⁶⁰ El hombre masa reclama facilidades, comodidades, derechos, y traslada a la sociedad sus demandas. Así, elude sus responsabilidades y renuncia a un desarrollo personal intrínseco. Se conduce de modo consumista, no sólo de productos y servicios comerciales, sino también de derechos y otras estructuras públicas.

Los servicios sociales no están llamados a ser escuelas de excelencia ética, por supuesto, pero no deben desconocer la posibilidad de que sus usuarios aspiren a ella. La fórmula del intercambio de alojamiento –prestado por personas de edad avanzada– por compañía –de jóvenes–⁶¹ está basada en la mutua conveniencia, pero implica la apertura a una relación interpersonal que va más allá de un contrato de servicios. Los programas de envejecimiento activo pueden centrarse en actividades lúdicas, pero pueden fomentar también el conocimiento y la participación en actividades asociativas y/o de voluntariado cultural, social, cívico, etc.; en las que la aportación de personas de edad avanzada es muy destacada. Por cierto, la vida noble, valiosa, de calidad, no es privativa de las inteligencias preclaras y/o de las capacitaciones superiores, sino que depende de

58 Puede verse reseñado algún caso ilustrativo en Begoña Pérez Eransus, *Políticas de activación y rentas mínimas*, Cáritas y Fundación Foessa, Madrid, 2005, Anexo IV.

59 *La rebelión de las masas*, Espasa-Calpe, Madrid, [1937], 1956.

60 *Op. cit.*, pp. 79-80.

61 Sobre esto puede verse Anne-Lotte Kreickemeier y M^a Asunción Martínez Román (Dirs.), *Alojamiento compartido a cambio de compañía*, Universidad de Alicante, 2001.

62 Ver Jesús Flórez, «Apoyos: un epílogo», en *El Diario Montañés*, 11 de febrero de 2006.

cualidades morales, de modo que están llamadas a ella también las personas afectas de discapacidades intelectuales.⁶²

No dar sino apoyar

El enfoque del desarrollo personal no puede servirse principalmente de la dispensación de ayudas o apoyos, sino que requiere una interacción para el crecimiento. Este punto de vista es propio de la educación de calidad, pero la de carácter formal suele proveerse de modo colectivo e impersonal, salvo leves correcciones mediante tutorías. Los métodos personalistas comportan relaciones individualizadas.

Se produce dispensación, no sólo cuando se hace un reparto colectivo de mantas o alimentos, por ejemplo, en casos de catástrofe, sino también cuando se proveen ayudas individuales estandarizadas. El método suele consistir en que: 1) los servicios registran las necesidades sintomáticas de los usuarios (alimentación, asistencia médica, escuela, vivienda, información, apoyo emocional, tutela); 2) seguidamente gestionan recursos ajenos y/o proveen los propios a partir de un catálogo o repertorio preestablecido. La interacción personalizada de ayuda puede comenzar por la consideración de síntomas, pero debe continuar hacia la búsqueda de los factores condicionantes de los mismos, así como de los recursos potenciales del propio usuario para superar su situación; los recursos externos deben tener una función complementaria o auxiliar.

Desde un punto de vista económico, los enfoques de desarrollo son asimilables a las inversiones productivas, en tanto que los de dispensación son consuntivos. Entre los enfoques de desarrollo, los métodos personalistas están muy indicados para individuos cuyas posibilidades están bloqueadas por circunstancias personales o sociales. No sirven, desde luego para resolver situaciones críticas con carácter de urgencia. También es oportuno reconocer que su adopción está condicionada a la disponibilidad de técnicos especialistas. Igualmente debe señalarse que los métodos personalizados sólo son viables cuando los técnicos gozan de autonomía profesional, lo que no resulta fácil en las organizaciones burocratizadas. Son incompatibles estos métodos con objetivos de gestión definidos en términos de casos tratados o recursos dispensados y no de la calidad de los tratamientos.

8.2.4. Enfoque proactivo

El común de las personas carecemos de capacidad para prever todos los riesgos que bloquean o amenazan nuestro bienestar, así como también para discernir todos los medios adecuados para promoverlo. Cuando la intervención y las políticas sociales no actúan anticipada o tempranamente, los menos capaces y/o informados llevan la peor parte. Si no el común, sí una gran parte de la población se ve afectada por muchos obstáculos, subjetivos y objetivos, que bloquean o retardan su demanda de ayuda frente a necesidades y aspiraciones presentes. Si la intervención y las políticas sociales no actúan proactivamente, su oferta llegará menos de lo deseable a personas afectadas por circunstancias co-

mo estas: timidez, indolencia, depresión, desorientación, problemas administrativos para el acceso a las prestaciones públicas, carencia de medios para el acceso a recursos mercantiles, sobrecarga de ocupaciones, etc. **Para cumplir su misión, al igual que otras ramas de recursos pro bienestar, los servicios sociales están llamados a gestionarse con anticipación o prontitud, saliendo al encuentro de las demandas latentes, sin esperar necesariamente a que las mismas lleguen a manifestarse plenamente.** Este enfoque conlleva dos líneas de aplicación: la provisión de actividades de carácter preventivo y la gestión con sentido anticipatorio de las prestaciones. Teniendo en cuenta la permanente situación de recursos escasos, resulta obvio que el enfoque proactivo es har-to problemático. Pero no debemos pensar por ello que se trata de un futurible. Expongo seguidamente, a título de ejemplo, algunos antecedentes y demandas.

Antecedentes

Refiriéndose básicamente a las necesidades materiales de los pobres vergonzantes, Vives hace una propuesta de enfoque anticipatorio: «Ni se ha de esperar que los que recibieron una educación fina y distinguida manifiesten sus necesidades, sagazmente se han de adivinar y se les ha de socorrer a hurtadas.»... «Aquellas personas a quienes encargamos el cuidado de las parroquias serán quienes averiguarán estas necesidades ocultas y las comunicarán al gobierno y a los hombres ricos...»⁶³ Si no los servicios sociales públicos, sí los de parroquias y otras entidades voluntarias siguen haciendo algo parecido, sobre todo con ancianos que viven solos y carecen de apoyos sociales.

En la Regla de la Hermandad de la Santa Caridad aprobada siendo Hermano Mayor D. Juan de Mañara, que accedió a ese cargo en 1664, se incluye este precepto: «...por cuanto los pobres desvalidos suelen, cayendo enfermos, descaecer tanto, que se quedan en los rincones de las calles muertos, ordenamos que cuando cualquiera de nuestros hermanos repare en tal acaecimiento, aunque el pobre no lo pida cuide de tal hermano de saber su achaque, y con entrañas de padre lo socorra en su aflicción, y luego busque en que traerlo a nuestra Casa, y si no lo hallare acuérdesese que debajo de aquellos trapos está Cristo pobre, su Dios y Señor, y cogiéndolo a cuestras tráigalo a esta Santa Casa.» En Municipios importantes, los servicios del tipo SAMUR y sus descendientes –como el SAMUR social de Madrid– hacen hoy esa labor, bien que por responsabilidad política.

El desarrollo de Christy Brown, nacido en Dublín y en 1932 afecto de una grave parálisis cerebral, se benefició de dos intervenciones claramente proactivas.⁶⁴ Llegó a ver reconocida su pintura –que realizaba con su pie izquierdo– en buena parte por la intervención espontánea de una estudiante de trabajo social cuando aquél contaba poco más de diez años. Y su proceso de rehabilitación téc-

63 *Op. cit.*, p. 191.

64 Christy Brown, *Mi pie izquierdo*, Ediciones Rialp, Madrid, 1991, pp. 45 y 79 y ss.

65 Ver Demetrio Casado, «La atención temprana en España. Jalones de su desarrollo organizativo», en paidos.rediris.es/genysil/recursos/document/informes/Historia_ATDemetrio.pdf.

nica se inicia gracias a que cierto médico pionero de la rehabilitación en Irlanda le busca en su casa para ofrecérselo.

Eloisa García Etchegoyhen, pionera de la que hoy denominamos atención temprana, nos ofrece un ejemplo de proactividad aprovechable.⁶⁵ En 1966 y en Montevideo, puso en marcha su Programa de Estimulación Temprana para Niños de Alto Riesgo (1966). La condición temprana de este Programa le lleva a procurar el contacto con las madres embarazadas de riesgo y con los recién nacidos afectados mediante visitas a los hospitales. No esperó a que le pidieran su intervención, sino que se la ofreció. En nuestra situación, no es frecuente que los padres de recién nacidos necesitados de atención temprana sean conscientes de ello. Y no es nada seguro que el funcionamiento rutinario de los servicios sanitarios genere la oportuna derivación hacia la atención temprana, en gran parte a cargo de los servicios sociales. Por ello, el enfoque de García Etchegoyhen sigue teniendo actualidad.

El servicio de teleasistencia es un ejemplo de prestación anticipatoria. Por la actualidad del problema de la dependencia funcional, se tiende a relacionar con la misma, pero su función principal es posibilitar la intervención de urgencia tras el acontecimiento de una situación de emergencia (caída, crisis de salud, desorientación, etc.).

Demandas presentes

Hace ya más de veinte años que se propuso la teoría de los factores generales o campos de la salud en estos términos: «Una de las consecuencias evidentes del Concepto del Ámbito de la Salud ha sido elevar la BIOLOGÍA HUMANA, el ENTORNO y el ESTILO DE VIDA a un rango de importancia igual al de la ORGANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA. Esto, en sí mismo, constituye un paso radical dada la clara preeminencia de que la ORGANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA ha tenido en anteriores conceptos del ámbito de la salud.»⁶⁶ La promoción de estilos de vida sanos no es privativa de los servicios sanitarios, sino que pueden y deben coadyuvar a ella los educativos y los sociales. Éstos, además de participar en acciones *ad hoc*, tienen muy buenas oportunidades de hacerlo al mismo tiempo que dispensan algunas de sus prestaciones; pensemos, por ejemplo, las posibilidades que ofrece un centro ocupacional para sus usuarios y para los familiares de los mismos.

En un estudio auspiciado por la Asociación Gallega contra las Enfermedades Neuromusculares, y realizado en una comarca de Pontevedra, se observan muy importantes demoras en los diagnósticos, así como en las derivaciones hacia tratamientos que pudieran paliar el agravamiento de las enfermedades y/o de sus secuelas; y se indica, en relación con esto, el mayor papel que podrían jugar los servicios sociales, además de los sanitarios.⁶⁷

⁶⁶ Marc Lalonde, *A new perspective on the health of Canadians –a working document–*. Gobierno del Canadá, 1981, p. 33 (en versión de Internet).

⁶⁷ Carmen Vilaboa de la Rosa y Dolores Riveiro García (Dirección y coordinación), *La atención integral a la dependencia en Galicia*, ASEM Galicia, 2006, pp. 30 a 36.

Los medios de comunicación dan noticia con triste frecuencia del hallazgo, al cabo de varios días del fallecimiento, de cadáveres de ancianos que habitaban solos en sus viviendas. En esas informaciones no suele indicarse que los fallecidos contaran con teleasistencia o ayuda a domicilio; ni que los cadáveres fueran hallados por agentes de los servicios sociales con ocasión de visitas periódicas. Y es el caso que las personas ancianas que habitan solas son acreedoras a ellas en cuanto que, además del riesgo de accidente de salud, tienen mayores probabilidades que el común de necesitar las diversas ayudas propias de los servicios sociales. En la asistencia sanitaria se siguen tres métodos de contacto de la demanda y la oferta: a demanda, programado y de urgencia. En servicios sociales se sigue casi únicamente el primero. Debe normalizarse el método de urgencia para poder actuar en emergencias individuales o colectivas. Y debe incorporarse el programado para mejorar la calidad.

Los casos de mayor necesidad, como aquellos en los que converge la dependencia funcional con la escasa información, la penuria de apoyo social o la inhabilidad burocrática son los que cuentan con menores posibilidades de ser atendidos. Para evitar este riesgo de «efecto Mateo» es menester que los servicios sociales vayan en busca del usuario de modo programado. No cabe duda de que el método de los contactos programados resulta difícil, pero no es imposible. Aparte del sistema de encuesta censal permanente, los servicios sociales tienen muy buenas posibilidades informativas mediante fuentes como estas: 1) urgencias médicas y unidades de asistencia o trabajo social de los centros sanitarios, 2) servicios escolares y asociaciones de padres de alumnos, 3) parroquias y servicios periféricos de Cáritas, 4) entidades voluntarias de carácter mutualista o de heteroayuda.

Un documentado informe de la OCDE indica que, en el panorama internacional, la atención a las personas envejecidas afectas de dependencia funcional está optando por lo que se ha dado en llamar la «continuidad de cuidados».⁶⁸ Su objeto es superar la alternativa: «ayuda de un familiar, completada por servicios de cuidados agudos puntuales, y la residencia en colectividad, generalmente en una casa medicalizada de larga estancia. Para llenar el vacío entre la distribución de cuidados a domicilio sin ayuda y el internamiento residencial, numerosos países ofertan un abanico de servicios que pueden ser combinados de diferentes maneras para responder a la diversidad de necesidades y de situaciones de las personas envejecidas. Para calificar adecuadamente este nuevo sistema, se ha ideado la noción de “continuidad” de cuidados que engloba una amplia gama de servicios suministrados por diferentes sectores y organizaciones que procuran el mismo objetivo».⁶⁹

Como señala la fuente citada, este nuevo enfoque asistencial exige «capacidades de gestión nuevas, una coordinación más estrecha entre los servicios, y

68 OCDE, *Protéger les personnes âgées dépendantes*. Des politiques en mutation, Études de Politique Sociale n° 19, Paris, 1996, p. 332.

69 *Ibidem*.

70 *Ibidem*.

9. DEMANDAS Y REFORMA DE LA OFERTA TÉCNICA DE LOS SERVICIOS SOCIALES

Demetrio Casado

Director del Seminario de Intervención y Políticas Sociales

Esta exposición tiene como objetivo examinar una selección de las demandas prestacionales que tienen planteadas los servicios sociales españoles y proponer las reformas, también técnicas, pertinentes. Sin perjuicio del eventual recurso a la información cuantitativa, el enfoque que se hace es cualitativo. La base empírica del trabajo es principalmente el fondo de información que compartimos personas interesadas en el perfeccionamiento de los servicios sociales,¹ sólo parcialmente documentada. Las propuestas de reforma se refieren a los servicios sociales sin distinción de titularidad, pero considero que a los de carácter público les conciernen de modo especial por el papel que les corresponde en un Estado social –y que tan defectuosamente desempeñan en el nuestro–.

9.1. LA DEMANDA POTENCIAL

Entendemos que la rama de actividades denominadas servicios sociales tiene como objetivo mediato el bienestar individual y social, para el presente y para el futuro, que procura sobre todo mediante la ayuda personal polivalente, al servicio de la cual provee prestaciones individuales y otras actividades, ambas de carácter técnico (no monetarias desvinculadas), formalizadas en algún grado y producidas y dispensadas mediante diversos regímenes institucionales. Si asumimos que el bienestar supone no sólo la cobertura de necesidades de subsistencia, sino también la satisfacción de aspiraciones de desarrollo personal, resulta obvio que la demanda potencial de la rama que consideramos es muy

¹ En este sentido, debo indicar que es antecedente de este texto el siguiente informe realizado en régimen de seminario: Fernando Fantova (coordinador), *Situación y perspectivas del sistema público de servicios sociales en la Comunidad Autónoma del País Vasco*, Gobierno Vasco, Vitoria, 2005. Para esta exposición conté con aportaciones de José María Alonso Seco, Manuel Aznar, Carlos Egea, Fernando Fantova, Jesús Prieto, Cristina Rimbau, Alicia Sarabia y Antoni Vilà.

elástica. En sentido contrario, procede recordar que la misma tiene límites derivados de la división institucional de la intervención y las políticas sociales. Como se registra alguna confusión sobre esto, resulta oportuno comentarlo.

En España, la principal referencia organizativa de la acción de los servicios sociales son los llamados colectivos desfavorecidos. Esto entraña la tendencia de la rama que consideramos a tomar responsabilidades ajenas a su campo. Los agentes mercantiles no tienen hipotecas «jurisdiccionales» para configurar los contenidos de sus ofertas, de modo que podemos ver que se ofrece un servicio de información telefónica que mezcla lo médico, lo jurídico, lo social, lo psicológico y lo dietético-nutricional. En el sector voluntario existen muchas entidades definidas por clases de intereses o circunstancias personales (familias, infancia, discapacidades determinadas, envejecimiento, etnias, orientación sexual, etc.), las cuales proveen o gestionan recursos de cualquier clase que convengan a sus asociados y/o destinatarios. En los estados modernos la cuestión es distinta; como tienen que cubrir, con unas u otras actuaciones, todas las actividades de interés general, se ven obligados a adoptar reglas de división de la responsabilidad que eviten duplicaciones y lagunas. Para las políticas de bienestar social, se viene optando históricamente por la acotación de ramas de actividades de objeto técnico homogéneo: salud, educación, empleo, pensiones y subsidios monetarios, vivienda y servicios sociales. Aunque el contorno material de esta última rama es más borroso que el de las otras, no hay duda de que la lógica organizativa nos dice que la salud de las personas envejecidas debe ser asumida por la rama sanitaria, así como que el empleo de las personas afectas de discapacidades ha de ser asunto de los servicios públicos responsables de esa función.

Para que el criterio técnico de construcción de las ramas libere de modo efectivo a la de servicios sociales de las demandas de salud, educación, empleo, prestaciones monetarias y vivienda de los colectivos desfavorecidos, es necesario que las otras ramas sean capaces de afrontar las necesidades de toda clase de usuarios. La asistencia sanitaria pública –y la privada– deben estar en condiciones de atender las contingencias y la promoción de la salud de las personas afectas de discapacidad y de inmigrantes que no hablan español, por ejemplo; los servicios de empleo deben ser capaces de proveer o promover la intermediación laboral no sólo del común de los trabajadores, sino también de los de etnia gitana o inmigrantes, también a título de ejemplo.

Aun cuando el criterio de división indicado es de fácil aplicación en la mayor parte de los casos, no faltan algunos problemas de asignación de tareas y coordinación, especialmente en los casos de usuarios que requieren simultáneamente la acción de más de una rama, lo cual afecta a la definición de la demanda de los servicios sociales. Veamos un par de frentes importantes, no únicos. En relación con la enfermedad / salud mental, la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad establece que: «Los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán, asimismo, en coordinación con los servicios sociales, los aspectos de prevención primaria y la atención de los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de salud en general.» (art. 20.4). Las leyes de servicios sociales posteriores, incluso las promulgadas por Comunidades Autónomas,

mas que habían recibido las competencias de la asistencia sanitaria, no asumieron el mandato indicado. En el orden de la gestión, se registran muy diversas opciones: ciertas Comunidades tomaron la pasiva; algunas, como Andalucía y Castilla-La Mancha, crearon fundaciones (FAISEM y FISLEM) para realizar funciones de enlace. Pero es la atención a las situaciones de dependencia funcional la acción que plantea la cuestión sanitario-social de modo más notorio; los gestores de ambas ramas vienen ensayando diversas fórmulas para dividir y coordinar las atenciones. Quede para otra exposición el complejo asunto de la coordinación de tareas, pero vaya por delante que la división de responsabilidades cuenta con referencias normativas claras. La cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud aprobada por el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, incluye un buen número de prestaciones especialmente indicadas para casos de riesgo o situación de dependencia, como la atención en el domicilio, las prestaciones ortoprotésicas o el transporte sanitario. La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud asume como parte del catálogo de prestaciones del mismo la «atención sociosanitaria» (art. 7.1), que abarca «cuidados sanitarios de larga duración», «atención sanitaria de convalecencia» y «rehabilitación de pacientes con déficit funcional recuperable» (art. 14.2). La nueva cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud aprobada por el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, no abarca a la citada «atención sociosanitaria», pero ello no afecta, por supuesto, al carácter sanitario de la misma, establecido por la Ley citada.

Aparte de cuestiones fronterizas estructurales como las reseñadas, que condicionan la delimitación de la demanda potencial de los servicios sociales, la misma depende también de otro factor de variabilidad consistente en la eventual adopción de políticas circunstanciales, por lo general destinadas a minorías marginales, y que conciernen a varias ramas de actividades; sirvan como ejemplo los programas de rentas mínimas de inserción. Aun cuando todas las ramas estén abiertas a los diferentes usuarios, según lo propuesto antes, no debe descartarse la eventual conveniencia de programas de contenido técnico mixto y de carácter selectivo destinados a salvar las limitaciones o dificultades que afectan a determinados conjuntos locales o sociales. En tales casos, parece claro que el sector público debiera: 1) designar una instancia directiva responsable, 2) repartir responsabilidades y tareas, y 3) actuar coordinadamente. Se dice fácil pero es el hecho que las administraciones públicas, aparentemente por un inveterado corporativismo orgánico, raramente se interrelacionan cooperativamente, incluso dentro de un mismo ministerio o consejería. Por supuesto, siempre cabe externalizar la gestión de tales programas mixtos, como se hace en ocasiones; pero aun así, la programación, la adjudicación y la supervisión, a mi parecer, deben ser gestionadas por el sector público en régimen de participación plural y coordinación. Otra fórmula que viene utilizándose por el sector público en los programas mixtos es el camuflaje de su responsabilidad coordinadora mediante la subvención de iniciativas privadas, que sólo suelen ser objeto de control económico.

Para concluir, voy a recordar que la definición de la demanda a los servicios sociales concerniente a la atención de la población trabajadora inmigrante y sus fa-

miliare está pendiente de que se adopte una política general sobre el asunto: ordenación y contención o permisividad; asimilación, agregación multicultural, fórmula del trabajador invitado... Por supuesto, los servicios sociales de ciertas Comunidades Autónomas han desplegado programas específicos, pero no es posible juzgar su pertinencia ni relevancia. Las opciones posibles van desde la minimalista, que se limitaría a asegurar el acceso de los inmigrantes a la oferta común de los servicios sociales, hasta la asignación a los mismos de una responsabilidad tan vasta como la que se propone en el texto siguiente, el cual tiene como referencia una política de compromiso permanentemente negociada: «Aquí es donde debe intervenir el Estado de bienestar a través de su cuarto pilar, los servicios sociales, que han de potenciarse y expandirse para que protejan los derechos ciudadanos de ambas partes en conflicto: tanto la parte inmigrante, cuya precaria aclimatación hay que facilitar, como la parte autóctona, para que no pierda sus derechos adquiridos ante la llegada de los inmigrantes, cuya nueva demanda de protección podría copar una oferta pública, ya de por sí insuficiente».²

9.2. SELECCIÓN DE DEMANDAS Y ACTIVIDADES

No siendo posible intentar una reseña exhaustiva ni de las demandas pendientes ni de las actividades nuevas, se presenta una selección, que establezco por virtud de varios criterios. Por de pronto, no abordo la acción de los servicios sociales relativa a la infancia desamparada por entender que los mismos asumieron y abordaron, tanto las adaptaciones derivadas de los cambios legislativos, como el abandono de los grandes internados de la protección de menores tradicional.³ Parece que los servicios sociales deberían colaborar en el abordaje de la incomodidad y aparente inhibición social de muchos jóvenes, de las que se observan síntomas tan diversos como el «botellón» o la parsimonia en la asunción de responsabilidades sociales, pero obvio este asunto por no conocer diagnóstico plausible en el que fundar la acción de la rama que aquí se considera. También excluyo la demanda para los servicios sociales concerniente a la inmigración, por la ambigüedad de la política relativa a la misma.

El criterio general que guía las apreciaciones y propuestas que siguen es la racionalidad aplicada. En un plano más específico, son referencia latente los objetivos que preconizo para los servicios sociales del presente: 1) asistencia supletoria; 2) habilitación y rehabilitación, y apoyo a la integración; 3) prevención; y 4) apoyo a la accesibilidad, no sólo física. Por otra parte, se tendrán en cuenta determinados enfoques metodológicos que considero indicados para la rama, especialmente el universalismo, el régimen comunitario de atención, la procura del desarrollo personal y la proactividad.

2 Enrique Gil Calvo, «Convivencia de culturas», *El País*, 2 de diciembre de 2002.

3 Se reseñan los cambios que se producen en este campo tras la instauración del régimen democrático actual y hasta 1993 en Demetrio Casado, «Acción social y servicios sociales», en Miguel Juárez (Director), *V Informe sociológico sobre la situación social de España*, Fundación FOESSA, Madrid, 1994, pp. 1.777 a 1.783.

9.2.1. Prospección de la demanda y difusión de la oferta

Antes de abordar demandas de actividades y prestaciones sustantivas, parece oportuno recordar la pertinencia de ciertas tareas instrumentales que se derivan del enfoque proactivo de los servicios sociales. **Se trata, en primer lugar, de llevar a cabo «de oficio» estudios de la demanda, especialmente entre quienes tienen más dificultades para manifestarla. Por otra parte, resulta también necesario difundir la oferta, también especialmente entre quienes tienen más dificultades para conocerla.**

En lo que se refiere a estudios de la demanda, son relativamente frecuentes los destinados a planes u otra clase de medidas de áreas, como la gerontológica, la de discapacidad y la de dependencia funcional; esta última muy de actualidad y muy documentada.⁴ Los observatorios, medios de conocimiento emergentes, también suelen acotar sus campos con ese criterio. La información así segmentada es de obvia utilidad –si es que se tiene en cuenta por quienes corresponde– para la planificación de ofertas igualmente segmentadas, pero no es la apropiada para la planificación del conjunto de la rama de los servicios sociales. Sobre la misma se realizan algunas encuestas de evaluación de las prestaciones dispensadas, pero no se practican «estudios de mercado» de los servicios sociales con enfoque previsional. Éstos, además de investigar la utilización de los servicios sociales, es decir, su demanda manifiesta, han de explorar también la demanda latente de quienes no conocen o no son capaces de acceder a su oferta.

La investigación de la demanda en los dos planos indicados, no sólo es necesaria para la planificación racional de la oferta, sino que es un medio muy estimable para el ejercicio de su responsabilidad por los entes que realizan o experimentan transferencias y delegaciones de la gestión de servicios sociales. El Estado central ha transferido la ejecución del grueso de los servicios del IMSERSO –relativos a discapacidad y «mayores»– a las Comunidades Autónomas, para lo que les traspasó los recursos correspondientes. Dicha entidad produce y acopia valiosa información sobre envejecimiento y discapacidad, que incluye valoraciones de cobertura. Pero no se observa que se incluya en ella la procedente de alguna clase de seguimiento o control de las actividades de los servicios del IMSERSO traspasados que realizan las Comunidades Autónomas. Éstas, por su parte, han encomendado a las Corporaciones Locales ciertas competencias relativas a los servicios sociales, sobre cuya buena ejecución deberían ejercer la oportuna vigilancia. Para ello, las Comunidades necesitan disponer de estudios de demanda que sirvan como referencia para valorar la adecuación o desviación de la oferta local; al menos en muchos casos, no se hace.

En lo que concierne a la difusión de la oferta, domina igualmente la mercadotecnia por áreas, especialmente la de «mayores». Y la difusión parece más

⁴ Ver, por ejemplo: Demetrio Casado (dir.), *Respuestas a la dependencia*, Editorial CCS, Madrid, 2004; y Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, *Atención a las personas en situación de dependencia*, Madrid, 2004.

frecuente en grandes ciudades que en zonas rurales. Y no se observa un trabajo sistemático de difusión de la oferta general –no segmentada– entre las minorías inmigrantes con presuntas dificultades –de idioma, entre otros factores– para acceder a la información común.

9.2.2. Promoción de apoyos familiares y otros sociales

Los destinatarios de la rama que consideramos son las personas –abordables de modo individual y colectivo–, pero aquélla no debe desentenderse de los entornos familiares y otros sociales de las mismas, en razón de que condicionan su bienestar. En buena estrategia, sin perjuicio de las intervenciones inaplazables, **ciertos entornos deben ser objeto de atención prioritaria, en cuanto que condicionan la demanda de actuaciones directas sobre las personas.** Esto es muy visible en el plano económico: los problemas de escasez de empleo –que sería el entorno– generan demandas individuales de apoyo económico. Pero también se registra el fenómeno indicado en el orden personal-social. Los problemas familiares, la conflictividad social, la marginación cultural y social o la pobreza de redes sociales son circunstancias que generan o propician carencias y otros problemas individuales. En sentido positivo, la integración familiar y social, la práctica habitual de la ayuda mutua informal, la disponibilidad de asociaciones mutualistas y de heteroayuda son recursos que posibilitan la atención comunitaria en la cobertura de las necesidades y aspiraciones individuales.⁵

Las redes sociales proveen apoyos consistentes sobre todo en aceptación, intercambio afectivo y prestación informal de ayuda por parte de los familiares, amigos, vecinos y entidades voluntarias. La investigación científica ha evidenciado que el apoyo social es un factor de salud, no sólo mental.⁶ Es posible que ese efecto salutífero pase por la contribución de ese apoyo a satisfacer las necesidades y aspiraciones objeto de los servicios sociales, pero en todo caso es obvio que mediante el mismo se alivia la demanda potencial de las prestaciones individuales de éstos. De este modo, la promoción del apoyo social es una acción que genera indirectamente bienestar individual. Los servicios sociales pueden encontrarse con situaciones satisfactorias o deficitarias. En el primer caso deberán aprovecharlas y conservarlas; en el segundo, suplirlas y promoverlas.

Apoyo familiar

En nuestra situación histórica, parece necesario comenzar por asumir la idea estratégica de que la familia es un recurso básico del bienestar que debe ser potenciado, en tanto que los servicios sociales están llamados a jugar un papel complementario, de apoyo. La idea de la familia como fundamento de la so-

⁵ Se observa esto en historias de vida y biografías de personas con dificultades de desarrollo, por ejemplo: Christy Brown, *Mi pie izquierdo*, Ediciones Rialp, Madrid, 1991; y Frank Mc Court, *Las cenizas de Ángela*, Maeva, Madrid, 1999.

⁶ Ver, por ejemplo, Javier I. Escobar, «Apoyo social y redes sociales: impacto sobre la salud física y mental», en *Avances en salud mental*, números 1, 2 y 3, 1998.

ciudad forma parte de consensos políticos internacionales como la Declaración Universal de los Derechos Humanos (art. 15.3). La visión auxiliar de los servicios sociales tiene también respaldo internacional: «...entendemos por servicios sociales (llamados también a veces servicios sociales “personales”) los servicios que tienen por objeto mantener a la familia y a la comunidad local en su función de protección social».⁷

Muy probablemente, esta proposición sería ociosa en el común de los países occidentales, pero no lo es en España. El franquismo optó, sobre todo en el orden retórico, por la familia tradicional: patriarcado, prole numerosa, homogeneidad ideológica, etc. Tanto en la segunda parte de aquella etapa política como tras su finalización, una buena parte de la población fue optando, más o menos conscientemente, por el cambio hacia el modelo liberal de familia; y ésta parece ser la tendencia dominante. Pero, en aquel momento de cambio político, ciertas fuerzas de izquierda mantuvieron la vieja postura contra la familia, por entender que, entre otros efectos indeseables, es un instrumento de conservación de las desigualdades sociales. A mi parecer, la influencia de dicha postura en los servicios sociales ha sido grande. Aparte de otras experiencias personales no documentadas del citado posicionamiento, me voy a referir a una de cierta relevancia de la que contamos con un testimonio público. En Madrid y en marzo de 1984, convocada por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, se celebró una Consulta Internacional sobre Servicios Sociales, en la que oficiaron como expertos dos funcionarios de Naciones Unidas –el jefe, ex ministro con Salvador Allende–. Los mismos ponderaron la importancia de la familia en la procura del bienestar, lo cual suscitó extrañeza entre los participantes españoles oficialistas. En el Informe emitido se adoptó esta fórmula de compromiso: «Sobre la familia se señaló que la Declaración de Naciones Unidas sobre el Progreso social, de 1968, señala que ella constituye la unidad básica de la sociedad. Se indicó, asimismo, que la tendencia actual es vincular más la solución de los problemas del niño, de los jóvenes, de los mayores, de los impedidos y de otros grupos a un mejor funcionamiento de la familia. Luego de un amplio debate sobre las funciones de la familia en el mundo moderno, se concluyó que un perfeccionamiento del funcionamiento de la familia comienza por el reconocimiento de los derechos humanos de todos los miembros de ella y la participación conjunta en las tareas comunes de la familia, evitando la subordinación de unos miembros a otros, en especial la mujer. Se señaló que el esfuerzo anterior no implica una vuelta atrás, sino un avance en el diseño de roles sociales de la familia y una equitativa distribución de responsabilidades».⁸

Por supuesto, la promoción del apoyo a las familias está condicionada por las estructuras de las mismas, variantes desde fórmulas con amplias e intensas conexiones de tipo tribal, en ciertas minorías étnicas, hasta la nuclearización ex-

7 «Avant-propos», en Graham Room *et al.*, *Rapport de l'observatoire européen sur les politiques nationales de lutte contre l'exclusion sociale. Services sociaux et exclusion sociale*, Comisión de las Comunidades Europeas, 1993.

8 *Boletín de Estudios y Documentación de Servicios Sociales*, nº 17/1984, p. 35.

trema, cuando la familia emergente se desvincula de las de origen. Pero la promoción del apoyo resulta conveniente incluso cuando el mismo sólo pueda ser intermitente, a distancia, de carácter moral... La conservación y el desarrollo del apoyo familiar conviene especialmente a los servicios sociales, pero los medios a emplear no son exclusivos de esta rama: ante todo, debe promoverse la conciencia de su deseabilidad; después, debe extenderse su práctica, tradicionalmente asignada a las mujeres adultas, a todos los miembros de la familia hábiles; resulta conveniente el adiestramiento en tareas de cuidados a quienes no lo estuvieran o necesitaran reciclaje; y debe ampliarse la actual regulación de permisos laborales y subsidios para facilitar la conciliación de la vida laboral y familiar. Por supuesto, la viabilidad del apoyo familiar en situaciones graves, por su intensidad y/o duración, puede requerir la provisión externa de cuidados complementarios por los diversos medios disponibles: teleasistencia, ayuda a domicilio, centros de día, internamientos de «respiro» en periodos de vacaciones de los cuidadores, de lo que se trata más adelante.

Los riesgos del bienestar que entrañan las crisis conyugales y familiares llaman a la intervención de los servicios sociales. La opción de los mismos por el apoyo familiar les da un segundo motivo para incorporar decididamente a su oferta asesoramiento, mediación y terapia familiar.

La promoción del apoyo familiar es particularmente necesaria en relación con el objetivo principal del método comunitario, es decir, la reducción al mínimo imprescindible del internamiento. A mediados del siglo XX y en los países más prósperos, el internado permanente o de larga duración seguía siendo una técnica de mucho uso en protección de la infancia abandonada y desvalida, «reforma» o «corrección» de la conducta desviada de menores y mujeres, salud mental, enfermedad crónica y/o discapacidad, envejecimiento... Con diferencias en las situaciones de partida y en las valoraciones de los recursos residenciales de dichas áreas, en la segunda mitad del pasado siglo se inician diversos movimientos con el denominador común del desinternamiento. Pero conste que también resulta deseable el apoyo familiar en el caso de que haya de producirse el ingreso en un establecimiento de internado. La relación familiar debe ser propiciada en términos de continuidad de la situación anterior, no por modo de visitas protocolarias.

Apoyo comunitario extrafamiliar

En algunos de los movimientos citados antes se valora explícitamente o de modo tácito la convivencia en la comunidad como un recurso de ayuda. Tiene especial interés para esta exposición el *Seebhon Report*,⁹ en cuanto que se refiere específicamente a la rama de los servicios sociales. El encargo del Gobierno del Reino Unido tenía como referente la creación de un servicio familiar, pero el informe sumó al enfoque familiar el comunitario.

⁹ *Report of The Committee on Local Authority and Allied Personal Social Services*, Her Majesty's Stationery Office, Cmnded. 3703, 1968.

No será necesario argumentar que la disponibilidad de apoyos sociales extrafamiliares resulta deseable para el bienestar presente del común de las personas, así como para prevenir situaciones carenciales. También es obvio que esta clase «natural» de recursos es particularmente conveniente para quienes carecen de ayuda familiar efectiva. La casuística es muy variada: niños abandonados o carentes de amparo, ancianos solitarios, personas sin hogar, inmigrantes desgajados de sus familias. Los servicios sociales no pueden suplir por sí los círculos sociales, pero sí pueden y deben promocionarlos.

Una de las posibilidades de promover apoyos sociales extrafamiliares consiste en organizar o enriquecer desde el punto de vista comunitario las agrupaciones locales en las que residen las personas carentes de apoyos sociales. Es una vía indicada para ciertos supuestos, como el de las barriadas emergentes de inmigrantes, y requiere el concurso de diversos agentes, además de los servicios sociales.

A mi parecer, en la mayor parte de nuestro mapa social, la manera más viable de promover los apoyos extrafamiliares que estamos considerando consiste en conectar a los afectados en y con las redes sociales que más les conengan,¹⁰ y no sólo ni principalmente en el territorio de su residencia. Quedan, desde luego, pueblos y barrios en los que resulta posible la relación local integral –de cooperación y de conflicto, claro–, pero en la sociedad presente domina la tendencia a disociar la residencia de otras funciones: amistad, trabajo, ocio, acción cívica. Para ciertos casos de deficiencia sin relaciones específicas resulta muy indicada, en general, la conexión con asociaciones de pares. Para el supuesto de una persona desplazada por amenaza terrorista será muy oportuno ayudarle a establecer relaciones comunes. Para las frecuentes situaciones de personas de edad avanzada solitarias, aparte de la eventual provisión de servicios a domicilio, es muy conveniente la cooperación de asociaciones voluntarias de acompañamiento. En muchos de estos casos resulta muy satisfactorio el intercambio con jóvenes desplazados de residencia por compañía.¹¹

9.2.3. Incidencias y emergencias

Las familias están sujetas a muy diversas incidencias que pueden alterar su régimen de vida y comprometer o destruir el bienestar y aun la seguridad de sus integrantes: parto distócico o múltiple, enfermedades graves de los progenitores o de los hijos, viajes profesionales, detenciones judiciales, desplazamientos por riesgo de violencia, desahucios, conflictos conyugales, incumplimiento de obligaciones en casos de separación o divorcio, etc. Los individuos que viven solos, particularmente si su estado físico y/o mental es precario, están sujetos sobre todo a los riesgos de enfermedad o accidente súbitos y graves, a los atracos, a los abusos de cuidadores desleales, etc. Las emergencias

¹⁰ Ver Silvia Navarro, *Redes sociales y construcción comunitaria*, Editorial CCS, Madrid, 2004.

¹¹ Anne-Lotte Kreickeimeier y M^a Asunción Martínez Román, *Alojamiento compartido a cambio de ayuda en Europa*, Universidad de Alicante, 2001.

pueden ocurrir en los domicilios y fuera de ellos, éstos sobre todo a quienes viven en la calle, claro.

Los servicios sociales están llamados a **proveer medios estructurales para afrontar los riesgos de emergencias**. El más obvio de todos consiste en equipos móviles con facilidades de acceso y capacidad de actuación tanto en domicilios como fuera de ellos. Puedo citar como experiencia documentada el Servicio de emergencia móvil y atención social (SEMAS), del Ayuntamiento de Murcia.¹² El SAMUR Social del Ayuntamiento de Madrid, de reciente creación, ha cobrado un desarrollo estimable. En cuanto a su cobertura, parece conveniente que esta clase de servicios abarque a toda clase de demandas, con independencia de su localización. Y es de obvia importancia que se publiciten mediante el número telefónico 112. La meta deseable es que se extiendan los servicios de emergencias y que mediante ese número telefónico se ofrezcan, no sólo «patrullas policiales, ambulancias y bomberos», como ocurre actualmente por lo general, sino también ayuda personal para, por ejemplo, acompañar a un menor o a una persona con alteraciones cognitivas en el supuesto de que sus familiares cuidadores deban abandonar de modo súbito el domicilio por parto, por accidente de otro familiar, por detención judicial, etc. Otro medio estructural indicado para las emergencias es la teleasistencia; está relativamente extendida para situaciones de riesgo permanente, pero sólo es promocionada por el sector mercantil para situaciones de riesgo circunstanciales –convalecencias en el domicilio, permanencia de menores solos, viajes, etc.–. Por supuesto, cabe disponer prestaciones específicas, como la denominada «Primeros días», del Ayuntamiento de Madrid, para necesidades de ayuda personal o doméstica en el periodo postnatal.

Aparte de dispositivos estructurales específicos para casos de emergencia como los indicados, los servicios sociales deben mantener una línea de atenciones urgentes. Se han puesto en marcha iniciativas de este tipo para casos de maltrato a mujeres. Pero no parece que se siga esta pauta para otras situaciones de amenaza y violencia, o de desamparo circunstancial de menores y adultos afectos de dependencia funcional. Por cierto, no se trataría de crear establecimientos y cuerpos profesionales *ad hoc*, sino de adoptar la vía de urgencia –sin el trámite solicitud-resolución convencional– para el acceso por tiempo limitado a los mismos recursos previstos para atenciones continuadas.

La disponibilidad de los servicios sociales para incidencias individuales les capacitaría para actuar en situaciones de emergencia colectivas: incendios, atentados, arribada de barcos de inmigrantes «sin papeles», etc. Es sabido que Protección Civil tiene un papel protagonista en tales situaciones. Y es cierto que en las mismas está asegurada la acción de Cruz Roja Española que, según lo que establece el Real Decreto 415/1996, de 1 de marzo, es una entidad «auxiliar y colaboradora de las Administraciones Públicas en las actividades humanitarias y sociales impulsadas por las mismas» (art. 1.6). Pero no sería superflua la cola-

12 José Morales Soriano y Pedro F. Miralles Rubio, «Servicio de emergencia móvil y atención social (S.E.M.A.S.)», *La Cristalera. Revista de Asuntos Sociales*, nº 8, abril 1999.

boración auxiliar de los servicios sociales, que cuentan con medios muy demandados en las situaciones postcatastróficas. La Ley 6/1982, de 20 de mayo, sobre «Servicios Sociales», del País Vasco –primera ley de su género– previó, como una de sus áreas de actuación, «La colaboración con los organismos competentes en situaciones de emergencia social» (art. 3.9). La Ley 1/2003, de 24 de febrero, de Servicios Sociales del Principado de Asturias incluye entre las prestaciones del sistema público «Medidas de apoyo, individuales y familiares, en situaciones de emergencia social» (art. 19.2.j).

9.2.4. Diagnóstico, programación y gestión de casos

La calidad de la acción de los servicios sociales exige que los mismos utilicen las técnicas de la acción racional. Adoptado un cuadro de objetivos y de enfoques metodológicos, el común de los casos debe abordarse mediante el diagnóstico de problemas y potencialidades, y la programación y el seguimiento de acciones; por cierto, este proceder racional no excluye, sino que exige, la participación de los interesados. Por la obviedad de la anterior proposición, cabría pasar adelante sin más comentarios; pero acaso resulte oportuno notar ciertas circunstancias particulares de los servicios sociales españoles respecto a las técnicas de la acción racional.

Diagnóstico y programación particularizados

Ocurre con frecuencia que la deseable relación técnica de ayuda es sustituida por la dialéctica burocrática de solicitud-resolución administrativa. Las funciones de la acción racional no se realizan, o se realizan de modo superficial, cuando los servicios sociales toman como referencias para la acción las demandas primarias de los usuarios, sin que medie una exploración e interacción experta de confirmación o corrección. Se obvia también la relación técnica de ayuda cuando se recurre al procedimiento administrativo de las convocatorias de prestaciones técnicas y de subsidios monetarios para adquirirlas. En sus primeros tiempos, el Servicio de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos (SEREM) suplía su carencia de red organizativa de contacto con sus destinatarios mediante un Plan Asistencial de ayudas monetarias afectadas a la adquisición de prestaciones técnicas, que ofrecía en convocatoria pública; la primera se publica en 1973. En 1976, el SEREM adopta el método racional de los programas individuales. Y el año siguiente decide que las ayudas individuales del Plan Asistencial tendrán como finalidad principal financiar la elaboración y realización de los programas individuales¹³. Se avanza así desde una práctica burocrática a la de diagnóstico y programación.

Por Real Decreto-ley 36/1978, de 16 de noviembre, sobre gestión institucional de la seguridad Social, la salud y el empleo, el citado SEREM se integra en

13 La anterior información procede de José María Alonso Seco, «Cronología de una década», *10 Años del Servicio Social de Minusválidos (1972-1982)*, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, 1983.

el Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO). La creación de aquella entidad gestora propició la asignación a la misma de las funciones de calificación, declaración y reconocimiento, hasta ese momento encomendadas al Instituto Nacional de Previsión; dicho cambio se llevó a cabo mediante el Real Decreto 1723/1981, de 24 de julio, que regula dichas funciones. Para la realización del trabajo técnico requerido por las mismas, mediante la Orden de 5 de enero de 1982, se dota a los que –con terminología actual– cabe denominar centros de atención primaria del INSERSO de los Equipos de Valoración y Orientación (EVOs). El citado Real Decreto crea esta estructura: 1) las competencias ejecutivas quedan asignadas a la instancia administrativa (art. 1), en tanto las técnicas son misión de los Equipos de Valoración y Orientación; 2) a los mismos se les encomienda, por una parte, la emisión de informes técnicos que han de servir de base para las decisiones de calificación, declaración y reconocimiento; por otra, la formulación de programas de rehabilitación en aquellos casos en que resulte procedente. Esta función programadora se fue viendo dificultada progresivamente por la acumulación en los EVOs de valoraciones relacionadas con diversas prestaciones monetarias y beneficios fiscales que se fueron regulando. Ni el INSERSO ni, en general, las Comunidades Autónomas han puesto remedio a la erosión; incluso se dan casos de Comunidades que han «liberado» formalmente a sus citados equipos de la función orientadora... Por cierto, se producen quejas por los retrasos en las resoluciones de valoración,¹⁴ pero no parece haber conciencia del deterioro técnico de las funciones de diagnóstico y programación.

También se opone a la acción racional en servicios sociales la utilización inadecuada del enfoque de los colectivos desfavorecidos. Como es notorio, se recurre por doquier a la clasificación de los usuarios en función de circunstancias externas como la discapacidad, la edad avanzada, la drogadicción o la inmigración. Pero esas circunstancias que se aplican a la construcción de clases tienen en muchos casos escasa relevancia diagnóstica: la discapacidad derivada de la enfermedad de Alzheimer tiene muy poco en común con la generada por la deficiencia auditiva; los afectados por ésta demandan muy distintas atenciones según que hayan optado por una integración social de carácter universalista o identitaria y particularista; cabe decir lo mismo de los inmigrantes; entre las personas sin hogar se registran diferencias trascendentales para la acción.¹⁵ La acción racional exige rechazar los diagnósticos y tratamientos estándar basados en características superficiales y trabajar en dos direcciones: 1) para el desarrollo técnico, no sólo de los servicios sociales sino del conjunto de la intervención y las políticas sociales, debe avanzarse en la identificación de clases diagnósticas relevantes, no sólo por circunstancias objetivas; 2) sin perjuicio de las pautas que de este conocimiento se vayan derivando, **es imprescindible la consideración particular de las situaciones objeto de atención, sean individuales o colectivas, así como de las disposiciones subjetivas.**

¹⁴ Ver, por ejemplo, *El País*, 17 de abril de 2000, «Madrid», p. 6.

¹⁵ Manuel Muñoz, Carmelo Vázquez y José Juan Vázquez, *Los límites de la exclusión*, Ediciones Témpora, Madrid, 2003, p. 357.

Gerencia

Dejando aparte ciertas consultas y gestiones circunstanciales y simples, los servicios sociales están llamados a plantear programas de acción prolongados –rehabilitación psicosocial, por ejemplo–, y aun permanentes –atención a situaciones de dependencia–. En tales supuestos es obligado considerar las circunstancias de los clientes y también las de los proveedores. La programación de tratamientos de atención temprana para un recién nacido con riesgo de deficiencia requiere: contar con el oportuno diagnóstico neonatal, comprobar la disponibilidad de plazas en servicios de tratamiento, evaluar la capacidad de los padres para proveer al desplazamiento de la criatura al punto de tratamientos y para participar en ellos, asegurar la evaluación médica del proceso. Por supuesto, los padres podrán cubrir una parte de esas providencias, pero los servicios sociales –principales actores orgánicos de la atención temprana en España– deben proveer a la otra parte y «estar al quite» para asegurar la viabilidad e integralidad del proceso. Se trata, a fin de cuentas, de que **la acción racional en los servicios sociales ha de ser, además de técnica, gerencial**. En el ejemplo propuesto, puede ser necesario gestionar, no sólo los tratamientos en un centro de servicios sociales, sino también, por ejemplo, una licencia de conciliación de la vida laboral y familiar.

Afortunadamente, está emergiendo en el mundo occidental la idea y la práctica de la gestión o gerencia de casos o de asistencia –parece más propia esta segunda opción terminológica para la acción de objeto social, pero es menos eufónica–. Se postula la misma en función de varios objetivos: utilización racional de recursos desde el punto de vista técnico y económico, continuidad de la atención, articulación de las intervenciones de las distintas ramas concernidas en ciertos procesos.¹⁶ Por cierto, en la oleada de iniciativas políticas real o supuestamente socio-sanitarias no se aplica la gerencia de casos, en tanto que apunta en iniciativas de la rama sanitaria;¹⁷ por supuesto, mejor es esto que nada. Además de los objetivos mencionados, entiendo que también resulta indicada la gerencia de casos para suplir las limitaciones de ciertos usuarios y de sus familias para gestionar el conjunto de recursos que deben converger en los programas de atención complejos. En cuanto a las áreas sociales de aplicación, se postula la técnica gerencial sobre todo en la acción geronto-geriátrica, pero no debe olvidarse que está indicada en otras tan distantes como la atención temprana, antes aludida, o la de personas sin hogar: «...el tipo de intervenciones que se persigue con esta población implica necesariamente la multidisciplinariedad de los equipos de intervención y una orientación de seguimiento de caso (*case-management*) que garantice la planificación y la continuidad de los cuidados en una red disgregada de servicios y recursos».¹⁸

16 Kai Lechsering, *Proporcionar una asistencia sanitaria y social integrada a las personas mayores: cuestiones, problemas y soluciones*, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid, 2005.

17 Así puede verse en Candela Bonill de las Nieves *et al.*, *Efectividad de un nuevo modelo de atención domiciliaria en Andalucía*, Escuela Andaluza de Salud Pública, 2006.

18 Manuel Muñoz, Carmelo Vázquez y José Juan Vázquez, *Op. cit.*, p. 358.

9.2.5. Apoyos a las familias en el cuidado infantil común

En materia de cuidados personales, la demanda potencial más común que se les plantea a los servicios sociales es la relativa a los niños que viven con sus padres. Aun cuando no es nueva la necesidad, sí han variado sus circunstancias. Y se registran novedades en lo que concierne a las respuestas. Para apreciarlo, recordemos la situación correspondiente al tiempo franquista. Las familias de clases altas, principalmente por comodidad, contrataban amas, añas y niñeras en régimen de servicio personal. Para suplir carencias y limitaciones de ciertas familias de las clases más bajas en el cuidado infantil, Auxilio Social –y el Instituto Nacional de Asistencia Social, después– mantuvieron guarderías infantiles benéficas. En la segunda etapa del régimen de Franco, la Administración de Trabajo creó y promovió «guarderías laborales» destinadas a los hijos de las mujeres trabajadoras. A la vez, se produjo un estimable desarrollo de la oferta privada mercantil, voluntaria y de las propias empresas. La política franquista estableció también medidas monetarias de protección indirecta a la familia (beneficios salariales y fiscales), pero supongo que su relevancia para el asunto que aquí se trata sería escaso.

Situación actual y criterios de bienestar

Las familias formadas por una pareja de progenitores o tutores de niños de corta edad, o con aspiraciones a tenerlos, mediante procreación o adopción, o a recibirlos en acogimiento, tienen necesidades, actuales o potenciales, de ayuda para el cuidado infantil cuando ambos cónyuges son laboralmente activos o desean serlo; y este es caso de frecuencia creciente. Se plantea también la indicada necesidad, aun cuando sólo sea o pretenda ser activo un cónyuge, si el otro padece una enfermedad crónica y/o una discapacidad grave; y no debe olvidarse el caso de las quiebras conyugales, de tendencia creciente. Por supuesto, en las familias monoparentales, también en expansión, con hijos menores la necesidad de ayuda para el cuidado de los mismos es más probable. Además de crecer las situaciones demandantes de ayuda externa al núcleo familiar, según lo indicado, se registra un sensible decrecimiento de la disponibilidad de ayuda para el cuidado de los hijos por parte de ascendientes y otros familiares.

Para valorar las medidas establecidas y los recursos disponibles, así como para planear las reformas convenientes, resulta necesario contar como primera referencia con las necesidades y conveniencias del niño. Mediante consultas personales a expertos con formación científica y experiencia en pediatría y pedagogía, he obtenido estas pautas: **a los niños de primera edad, hasta al menos los dieciocho meses, les conviene más la atención materna, paterna y de otros familiares que la colectivizada; no resulta recomendable la escolarización antes de los tres años.** Aparte de su fundamento psicopediátrico, que no es asequible al común de la población, el primer juicio viene avalado por la obvia conveniencia de evitar un problema fácilmente observable: las infecciones simultáneas y sucesivas que sufren muchos de los bebés tras incorporarse a las guarderías o escuelas infantiles. Frente a la crítica más previsible al segun-

do criterio, cabe recordar que los niños escolarizados a partir de tres años no tienen dificultad para ponerse en breve plazo al nivel de sus coetáneos escolarizados antes de esa edad.

La comunidad política internacional mantiene el principio del interés superior del menor. En el orden práctico, cabe preguntarse por la compatibilidad con ese criterio de las aspiraciones y necesidades de los progenitores, especialmente de las madres –esta preferencia se basa en que la biología de la reproducción y la lactancia es «maternalista»–. En nuestra situación, no hay duda de que crece el número de mujeres que desea y lleva a la práctica su incorporación a empleos extradomésticos. Y se observa también que ello condiciona las decisiones de los progenitores sobre reproducción y lactancia. En muchos casos, se renuncia a la primera y/o se minimiza la segunda. En otros se saca el mayor partido posible a las circunstancias, según ejemplifica este caso: muchas profesoras programan sus embarazos procurando parir en marzo para unir el permiso maternal reglamentario con las vacaciones estivales.

La ideología y las prácticas emergentes

La respuesta pública más vigorosa a la demanda que estamos considerando proviene de la ideología y de la política concernientes a la educación. Para España, es obligado recordar este primer paso: la Ley 14/1970, de 4 de agosto, General de Educación y de Financiamiento de la Reforma Educativa reguló el ciclo preescolar de 2 a 5 años (art. 13.2), bien que lo establece con carácter voluntario y no gratuito. Con dominio político del PSOE, se promulgó la Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE), que franquea el paso a la educación infantil a partir de los cero años, mantiene su carácter voluntario y establece que «Las Administraciones públicas garantizarán la existencia de un número de plazas suficientes para asegurar la escolarización de la población que lo solicite.» (art. 7.2). Con mayoría absoluta del PP, se promulgó la Ley Orgánica 10/2002, de 23 de diciembre, de Calidad de la Enseñanza (LOCE), que estableció la educación preescolar (0-3 años), con fines asistenciales y educativos, y la infantil (3-6 años); su régimen es muy parecido al de la educación infantil de la LOCE (arts. 10.4 y 11). El PSOE, tras ganar las elecciones del 14 de marzo de 2004, no dio ocasión a la aplicación y evaluación de la LOCE, sino que la sustituyó con carácter urgente mediante la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación (LOE); la regulación de la educación infantil (0-6 años) es análoga la de la LOCE (arts. 12.2 y 15.1).

Buena parte de los agentes mercantiles y de los voluntarios proveedores de apoyo familiar para el cuidado infantil parecen estar siguiendo, al menos nominalmente, la pauta de la escuela infantil.

Teniendo en cuenta el criterio de bienestar infantil enunciado antes, hemos de asumir que la escolarización entre los cero y los tres años no es la respuesta adecuada para ayudar a las familias en los cuidados de menores de tres años y, muy en especial, de cero a dieciocho meses. La expansión de la educación hacia esa edad no constituye, pues, un avance plausible de la política social,

de modo que cabe preguntarse si se trata acaso de una manifestación arcaizante del fundamentalismo educacional ilustrado o de una manifestación más del corporativismo escolar.

Pese a las contradicciones señaladas, la irrupción de la escuela infantil se está produciendo sin análisis técnico. Se postula la misma como una moda. Sirva como muestra de esto el siguiente texto publicado en un suplemento dedicado a escuelas infantiles de un diario nacional: «Hasta hace poco, decir *guardería* por el centro donde uno llevaba a sus hijos era correcto. Pero los tiempos cambian y ahora entendemos por este término el lugar donde sólo se guardan los niños». ¹⁹ La rama de los servicios sociales se bate en retirada: no investiga cuáles sean las mejores respuestas para ayudar a las familias en el cuidado infantil teniendo en cuenta el conocimiento disponible y las circunstancias sociales; apenas produce iniciativas innovadoras; no informa a los padres sobre las mejores posibilidades; en algunas Comunidades Autónomas, mantiene de modo vergonzante su oferta de guarderías, sin reivindicar que no están llamadas a ser lugares «donde sólo se guardan los niños».

En la rama del trabajo, se sigue una política de conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras; política ésta que se funda en la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (art. 33.2) y que se asume con dicha fórmula en la Ley 39/1999, de 5 de noviembre. Son de obvio interés las posibilidades que establece o amplía esta norma y otras que la reforman en sentido positivo: breves permisos por nacimiento de hijo, derecho de lactancia, suspensiones de contrato con reserva de puestos de trabajo por parto, etc. Pero resulta necesario ampliar las suspensiones de contratos, en función de la pauta de cuidados familiares indicada, así como proveer subsidios supletorios de los salarios cesantes para las familias con menores recursos económicos.

Aparte de sus aplicaciones reglamentarias propias, la idea de la conciliación de la vida familiar y laboral está siendo asumida por algunas empresas para sus propios trabajadores.

Y se está desarrollando una apreciable oferta de servicios al efecto por parte de empresas mercantiles especializadas. Las innovaciones reseñadas no han supuesto la desaparición de las fórmulas tradicionales de apoyo al cuidado infantil familiar. Parece haberse ampliado el recurso a la contratación directa de «canguros», servidores domésticos, empleados de hogar, asistentes; la inmigración, sobre todo femenina e hispanoamericana, está facilitándola. Y sigue manteniéndose una oferta importante de guarderías, tanto públicas –según quedó indicado–, como privadas, no se sabe en que medida actualizadas técnicamente.

Un informe revelador

Para avanzar en el conocimiento del estado de la cuestión en lo relativo a la etapa de 0 a 3 años, tanto en el plano ideológico como en el material, puede

19 Documentos. *El Mundo*, 22 de febrero de 2006.

sernos de utilidad el informe de una investigación promovida por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y realizada por un equipo de la Universidad de Vic,²⁰ que la concluyó en noviembre de 2004. Con carácter previo, creo importante decir que, como se indica en la presentación –que suscribe el centro directivo del citado Ministerio responsable de familia e infancia– y en la introducción, la referencia principal de la investigación es el logro de la conciliación de la vida familiar y laboral; a las necesidades de los niños no se les da explícitamente ese rango.

La investigación versó sólo sobre centros, dejando fuera otras formas de apoyo al cuidado familiar infantil. En el breve capítulo que el informe dedica a normas jurídicas se reseñan las de materia educativa, pero en el anexo primero se registran normas de Comunidades Autónomas emitidas por Consejerías competentes en «Bienestar Social» –léase servicios y otros asuntos sociales varios–. En la presentación se mencionan sólo las escuelas infantiles, pero en el capítulo dedicado a describir la oferta se indica que «la responsabilidad de gestión de los centros se debate (*sic*) entre las Consejerías de Bienestar Social y las de Educación». Así pues, la investigación abarca las guarderías, pero se evita explicitarlo...

En el capítulo sobre normas se menciona el carácter no obligatorio de la Educación Infantil, lo cual es cierto para los padres. Se obvia la cuestión clave de cuál es la instancia responsable de cubrir la demanda manifiesta, pero sí se recogen, en el anexo segundo, opiniones de representantes del sector público y de expertos sobre la cobertura de la oferta: predomina abrumadoramente la apreciación de que es insuficiente. Al margen de la fuente que reseño, cabe apuntar que ese racionamiento se administra mediante la aplicación de baremos selectivos de orientación benéfica, los cuales cierran el acceso a muchos aspirantes –ocurre así que la escuela infantil formalmente universalista sea selectiva o clasista de hecho–.

La información de la tabla, compuesta con datos contenidos en el capítulo que resume la oferta de centros existentes, muestra que el sector público va a la zaga del privado; el Estado social que instituye nuestra Constitución no es correspondido por esta situación, ciertamente. Y parece que, en una buena parte de las Comunidades Autónomas, el sector privado puede ofrecer servicios para menores de tres años sin autorización administrativa; lo que choca, sin buscar referencias jurídicas, con la tradicional policía de salubridad y seguridad. Dentro del sector público, predominan los centros municipales sobre los de las Comunidades Autónomas; así, se ha «descentralizado» la responsabilidad al nivel administrativo más inseguro para los cometidos sociales. En cuanto a la distribución espacial, se registra gran disparidad. Según vemos en ese mismo capítulo sobre oferta, la cobertura pública varía desde el 24,4 por 100 en el País Vasco hasta el 0,8 en la vecina Cantabria. Por detrás, Ceuta y Melilla, sin ninguna plaza pública; llama la atención este hecho por la especial responsabilidad del Go-

20 Universidad de Vic, *Situación de la oferta de servicios existente para menores de 3 años durante la jornada laboral de sus padres*, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid, 2005.

TABLA 1. Distribución de los centros infantiles por titularidad

TITULARIDAD Y RÉGIMEN	TOTALES	PARCIALES
Total privados	3.695	
Privados autorizados		2.651
Total públicos	2.631	
Municipales		1.771
Autonómicos		800
Total general	6.362	

FUENTE: Universidad de Vic, *Situación de la oferta de servicios existente para menores de 3 años durante la jornada laboral de sus padres*, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid, 2005, cap. 3.

bierno de la Nación sobre dichas ciudades.

El informe no aborda la cuestión de la idoneidad de las clases de recursos que estudia para el bienestar infantil, pero recoge información indicativa de que puede ser problemática, al menos, para la menor edad. En el capítulo sobre oferta puede verse la cobertura diferencial por edades, que es la siguiente: 6,5%, para menores de 1 año; 21,4, para 1 a 2 años; y 36,3% para 2 a 3 años. En cuanto a la capacidad de los centros para cubrir los horarios laborales de los padres, transcribo dos afirmaciones del capítulo de conclusiones –los subrayados son de la fuente–: «Se constata que la mayoría de las Comunidades Autónomas **desconoce los horarios de la oferta**». «Los datos más fiables son los referidos a los centros que dependen directamente de cada Autonomía, unos centros que en la **mayoría de situaciones** mantienen una oferta horaria **igual a la que tenían cuando fueron creados en la década de los años setenta**. Este es un claro ejemplo de las dificultades que en muchos casos tienen las Administraciones para transformar o adecuar la oferta a las necesidades cambiantes de la sociedad». Este último comentario ha de referirse sobre todo a las que fueron –y en parte seguirán siendo– guarderías infantiles; para las escuelas de esta edad, parece que ejerce un fuerte condicionamiento el régimen horario –y el calendario– de la escuela primaria. A propósito de esta circunstancia, comentaba una persona experta en educación que las escuelas infantiles, para cumplir el papel asistencial, deberían contar con guarderías anexas...

Aportación de los servicios sociales públicos

Aparte de las prestaciones por incidencias, que ya fueron señaladas en el apartado sobre las mismas, los servicios sociales públicos están llamados a desplegar su aportación a la política de bienestar infantil, teniendo en cuenta los criterios y las circunstancias indicados.

Mientras no aporten pruebas empíricas contrarias a que, al menos hasta los 18 meses, lo que mejor conviene al bienestar de los niños es la atención indivi-

dualizada y hogareña, es obvia la oportunidad de ampliar las facilidades laborales y los subsidios por mater/paternidad. En tanto eso no se produce plenamente y para los casos en que tal política no resulte aplicable, **los servicios sociales públicos deben extender la prestación del cuidado infantil a domicilio**, que ya se provee de modo excepcional. Por supuesto, la universalización de tal medida no puede hacerse súbitamente, ni tiene por qué realizarse de un solo modo. Aparte de la gestión directa, el sector público puede recurrir a la contratación y a la concertación, como ya hace en las áreas de la discapacidad y gerontológico. Además, puede optar también por la técnica de las prestaciones monetarias afectadas, es decir, destinadas a la contratación de cuidadores. La universalidad deseable para esta prestación no supone la gratuidad, sino que puede administrarse en régimen de copago, deseablemente progresivo, en función de la renta familiar.

Mientras no se aporten pruebas empíricas de que, en la edad de 18 meses a tres años, la escuela infantil sirve mejor al superior interés del menor que la guardería, los servicios sociales deben recuperar y desarrollar la oferta de este servicio, con los ingredientes educativos que proceda, por supuesto; la Recomendación 92/241/CEE, de 31 de marzo de 1992, nos recuerda la necesidad de combinar los cuidados infantiles centrados en la salud y la seguridad con la atención educativa (art. 3.1). **El sector público debe asegurar una red de centros de cuidados infantiles estructurada en función del criterio de proximidad al domicilio**. Para la misma es de aplicación el criterio económico antes propuesto. Aparte de esto, el sector público debe apoyar las «guarderías laborales». En esta línea vienen trabajando algunas empresas mediante la externalización del servicio. Y así lo ha hecho también el Congreso de los Diputados –con un coste para los ciudadanos de 358.745 euros por el primer año–.²¹

Aun cuando las demandas de cuidado infantil más críticas se plantean en las primeras edades, no debemos olvidar que la conciliación de la vida laboral y la familiar requiere la colaboración habitual –es decir, aparte de incidencias– con las familias en edades superiores. Los horarios y calendarios de la educación primaria obligatoria no coinciden siempre con los de los padres, de modo que se producen situaciones de inseguridad.²²

9.2.6. Ampliación de las prestaciones de desarrollo personalizadas

La acción directa de los servicios sociales de carácter individual –aparte, pues, la prevención colectiva y la promoción del acondicionamiento de entornos– se realiza fundamentalmente mediante el suministro de ayuda personal o por interacciones pro desarrollo personal. Principalmente por la experiencia se ha venido a conocer que el mero suministro de recursos, desde los materiales hasta los morales, cuando se hace de modo continuado a personas potencialmente autónomas –quedan fuera, pues, el acogimiento y tutela de menores y

21 *El Mundo*, 4 de mayo de 2006, p. 15.

22 Ver, por ejemplo, la investigación realizada en una zona de Madrid y reseñada en «600 Menores solos al volver del cole», *Cáritas*, marzo, 2006.

adultos jurídicamente incapaces– entrañan riesgo de regresión del desarrollo personal, de dependencia psicológica y económica, de estigmatización, de frustración y aun de resentimiento. En relación con las personas sin hogar, se ha dicho: «...si como alternativas de solución para estas personas ofrecemos solamente recursos que bajo el método de atribuciones pueden ser percibidos como inestables –y que en realidad lo son (no todo el mundo tiene la misma oportunidad de atención en servicios sociales)– y externos –de lo cual nos encargamos fehacientemente los profesionales (“te consigo una plaza, te facilito un trabajo, te saco de tu situación”)- estaremos alimentando el problema más que ofreciendo una solución». ²³ En vista de las limitaciones y disfunciones del suministro unilateral de medios, se viene desarrollando una muy diversa gama de técnicas encaminadas a promover el autovalimiento y el desarrollo de los individuos y grupos deficitarios. Los servicios sociales están llamados a ampliar el uso de algunas prestaciones de esta clase, como la habilitación ocupacional, la educación informal en habilidades sociales, la rehabilitación psicosocial, etc.

Por otra parte, los servicios sociales pueden elegir también sus prestaciones y otras actividades entre clases diferenciadas por su grado de especificidad en relación con los destinatarios: desde las estandarizadas hasta las personalizadas. En la rama objeto de esta exposición, como en muchas otras, se registra una fuerte tendencia hacia la estandarización de sus productos. Esto se observa claramente en ciertos recursos de carácter colectivo (talleres ocupacionales, albergues, residencias, etc.); pero se produce también en las acciones de provisión individual no personalizada, como aquellas cuyo contenido ha sido predeterminado (ayuda domiciliaria reglamentista, por ejemplo); por supuesto, la oferta de prestaciones mediante convocatorias competitivas conlleva la estandarización. Las ventajas para la productividad y la administración burocrática que resultan de la estandarización llevan consigo graves costes en insatisfacción e ineficiencia; a la vez, dicha técnica hace muy difícil el abordaje de objetivos deseables de desarrollo personal.

En virtud de lo expuesto, **parece recomendable que los servicios sociales amplíen sus prestaciones individualizadas y personalizadas para el desarrollo personal.** El mismo mejorará la autonomía económica y social de los individuos, vale decir su capacidad para resolver por sí sus necesidades y aspiraciones. La interacción personalizada para ese fin resulta especialmente indicada en personas con déficits de socialización, de capacidades personales, de ambiente familiar o social, etc. que son destinatarios, no únicos, pero sí preferentes de los servicios sociales. Sirvan como ejemplo de las prestaciones personalizadas para el desarrollo el trabajo social de casos en la concepción de Mary Richmond²⁴ y el más reciente método que nos propone la American Association on

²³ José Manuel Caballol Bartolomé, «Psicología y exclusión: una relación por descubrir», en *Un despacho sin puertas*, Fundación Rais, Madrid, 2004, p. 51.

²⁴ *Caso social individual*, Humanitas, Buenos Aires, [1922] 1976, pp. 62, 67, 170 y 173.

²⁵ Ver su *Retraso mental. Definición, clasificación y sistemas de apoyo*, Alianza Editorial, Madrid, 2004, pp. 17 y 182.

Mental Retardation.²⁵

9.2.7. Tratamientos de atención temprana

En el círculo infantil se plantea una necesidad minoritaria pero crítica en los casos de niños nacidos con riesgo de y afectos de deficiencias. Las decisiones de aborto subsiguientes, en ciertos casos, al diagnóstico prenatal de deficiencias están incidiendo a la baja en la prevalencia de aquellas al nacimiento. Pero crece, sin duda, la tasa de los bebés que requieren tratamientos de atención temprana, como consecuencia de dos factores convergentes: están aumentando las cifras relativas de nacidos prematuros y/o con bajo peso, que son factores de riesgo de deficiencias; la intensificación y el perfeccionamiento de la asistencia sanitaria neonatal viene ampliando la supervivencia de esos nacidos de riesgo. La dispensación de tratamientos de atención temprana tiene importantes potencialidades en la evitación de que ciertas deficiencias latentes lleguen a manifestarse y en la reducción de las aparecidas al nacer.²⁶

Bajo el nombre de estimulación precoz, la atención temprana comenzó a prestarse entre nosotros en la primera mitad de los años 70 del pasado siglo. Se inicia en el medio hospitalario, con apoyo de una entidad voluntaria; se sumó pronto a esta iniciativa y con decisión el Servicio Social de Recuperación y de Rehabilitación de Minusválidos. Después, la rama educativa asumió responsabilidades que cabe entender respaldadas por las leyes estatales relativas a la misma.²⁷ En la Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo se establece que «La atención a los alumnos con necesidades educativas especiales se iniciará desde el momento de su detección» (art. 37.3). Y cabe entender que la Ley Orgánica 10/2002, de 23 de diciembre, de Calidad de la Educación también contiene una previsión equivalente (art. 44.1). Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación, en relación a los alumnos con necesidades educativas especiales, establece que «La identificación y valoración de las necesidades educativas de este alumnado se realizará lo más tempranamente posible...» (74.1). La rama sanitaria, para cuyo sector público no se han establecido obligaciones legales en la prestación de referencia, es poco activa en la oferta de la misma.

Por razón de la base legal reseñada, y dejando ahora aparte la discusión anterior sobre la conveniencia de escolarizar a los menores de tres años, procede examinar la contribución efectiva de la rama educativa a la atención temprana. Es un hecho que la educación infantil provee atención a las necesidades especiales de alumnos con deficiencias y riesgo de ellas, atención en la que pueden incluirse tratamientos de estimulación y otros especiales. Pero la información recogida por el informe de la Universidad de Vic, antes reseñado, pare-

²⁶ Ver María Gracia Millá y Fernando Mulas (compiladores), *Atención temprana*, Promolibro, Valencia, 2005; y Pilar Gútez Cuevas (editora), *Atención temprana*, Editorial Complutense, Madrid, 2005.

²⁷ Demetrio Casado, «La atención temprana en España. Jalones de su desarrollo», *Políbea*, nos. 78 y 79, 2006.

ce indicar que el papel de este recurso es aquí muy limitado. Por una parte, ya vimos que la cobertura de la educación infantil para niños de hasta 1 año es sólo del 6,5% de la población de esa edad; y es el caso que la atención temprana, para que lo sea efectivamente, debe dispensarse con inmediatez desde la detección de su necesidad, deseablemente en el servicio de neonatología. La información específica sobre la atención de necesidades educativas especiales en las escuelas infantiles que ofrece el informe es muy incompleta,²⁸ de modo que voy a reseñar sólo las cifras de alumnos nacidos en 2003 –los más jóvenes abarcados por la investigación– con «Necesidad o compensación educativa especial». Estas son las cifras correspondientes a las Comunidades Autónomas que facilitaron información sobre este extremo para centros públicos y privados: Andalucía, 4 alumnos; Aragón, 0; Baleares, 22; Castilla-La Mancha, 23; Cataluña, 6.

Varias circunstancias pueden explicar la escasez de lo que se hace respecto a lo que garantizan aparentemente las normas. En primer lugar, salvo posibles excepciones, parece que no se ha desarrollado una línea de derivación de casos con necesidad de tratamientos de atención temprana desde los servicios hospitalarios neonatales hacia la escuela infantil. En alguna Comunidad Autónoma, los tratamientos de estimulación y otros especializados que requieren la atención temprana se dispensan en servicios distintos de las escuelas infantiles y aun ajenos a la rama educativa, lo cual lleva consigo como poco molestias para las familias y para el niño. En los casos en los que se siguen los regímenes escolares comunes de temporalización de ingresos y calendario, la disfuncionalidad respecto a la inmediatez requerida por la atención temprana es máxima. Aparte de esto, la política de gestión educativa pública, salvo en alguna Comunidad Autónoma, no parece haber asumido en esta prestación el liderazgo que correspondería a sus responsabilidades legales.

Al menos para el primer estadio de edad, parece que son los servicios sociales, en defecto de la sanitaria, la rama más conveniente para prestar los tratamientos de atención temprana. Esta indicación se basa en un criterio estructural y otro circunstancial: la polivalencia de la ayuda que prestan los servicios sociales y su muy importante experiencia en España de prestación de la atención temprana. La Generalidad de Cataluña ha garantizado el acceso a la atención temprana mediante el Decreto 261/2003, de 21 de diciembre, por el que se regulan los servicios de atención precoz que «se conforman como un derecho subjetivo» (art. 2) y que se integran en la Red de Servicios Sociales (art. 10). En el común de las Comunidades Autónomas no se ha dado el paso jurídico de la garantía, pero el grueso de la oferta pública efectiva de atención temprana es provista por la rama de los servicios sociales, en buena parte continuando la herencia recibida del INSERSO o del IMSERSO.

Por circunstancias que no cabe examinar aquí, la oferta de la prestación específica de atención temprana es menor que su demanda, sobre todo latente, de modo que procede ampliarla. Pero aparte de esto, resulta necesario proveer

28 *Op. cit.*, pp. 161 a 172.

medidas para que los padres o tutores de niños acreedores de esa prestación puedan compatibilizar sus obligaciones laborales o de otra clase con el seguimiento por los niños de ese cuidado. Esta necesidad deriva de que la atención temprana se practica normalmente mediante varias sesiones semanales en centros *ad hoc*, de modo que requieren el desplazamiento del niño y su acompañamiento.

9.2.8. Atención a la dependencia funcional

Desde el punto de vista de las aportaciones que requiere, la dependencia funcional es la más importante y urgente de las situaciones que conciernen, bien que no exclusivamente, a los servicios sociales. El fenómeno ha sido definido por el Consejo de Europa en estos términos: «La dependencia es un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria».²⁹ Aun cuando no lo indica expresamente, esta definición corresponde a la dependencia funcional, distinta de la económica, la emocional, la de sustancias adictivas... Por si hubiera dudas, en la fuente se aclara que la dependencia (funcional) «puede afectar a cualquier sector de la población, no sólo a las personas mayores». Pese a ello, se registra una tendencia manifiesta a geronto-geriatrizar el fenómeno, salvo excepciones.³⁰ Se fundan las mismas en la siguiente estimación para España: del más de millón y medio de personas afectas de dependencia funcional, aproximadamente un tercio tienen edades comprendidas entre los 6 y los 64 años.³¹

Respuestas en curso y demandas

Antes de entrar en escena la previsión social y, después, la seguridad social y el Estado social, la intervención benéfica pública y privada por dependencia funcional se limitaba a las personas afectadas en situación de desamparo y pobreza. Las clases acomodadas recurrían con frecuencia a servidores domésticos y personales. Y la inmensa mayoría de las familias afrontaban directamente la atención de sus integrantes afectos, la cual se limitaba casi siempre a la faceta de apoyo personal supletorio.

En tiempos recientes, las intervenciones privadas y las políticas públicas han ido configurando muy diversas respuestas a la dependencia funcional. Por de pronto deben citarse las acciones preventivas en sus distintos niveles y desde el estadio prenatal al geriátrico. Aunque no es usual abarcar a la infancia de-

29 Recomendación nº (98) 9 del Comité de Ministros a los Estados miembros relativa a la dependencia. Adoptada el 18 de septiembre de 1998. Versión en castellano de IMSERSO (Observatorio de personas mayores), *Vejez y protección social a la dependencia en Europa*, IMSERSO, Madrid, 1999, p. 13.

30 Ver, por ejemplo, Demetrio Casado (dir.), *Respuestas a la dependencia*, Editorial CCS, Madrid, 2004.

31 Gregorio Rodríguez Cabrero, «La población dependiente española y sus cuidadores», en Demetrio Casado (dir.), *Ibidem*, p.58.

32 Demetrio Casado (dir.), *Respuestas a la dependencia*, *op. cit.*, pp. 24-25.

samparada y maltratada mediante la noción de dependencia funcional, entiendo que cabe hacerlo;³² de este modo, comienzo refiriéndome a ella para decir que ha reformado sus medios logísticos de acción buscando especialmente opciones alternativas al régimen tradicional de internamiento. Desde el enfoque de la discapacidad, se ha producido un estimable desarrollo de recursos para las situaciones más graves –que suponen en la mayor parte de los casos dependencia funcional–. Aparte de los centros de internado convencionales, se han previsto en esta área recursos residenciales alternativos, especialmente hogares funcionales. Y se han desarrollado también los medios de apoyo a la permanencia en el domicilio: teleasistencia, ayuda domiciliaria, centros de día –ocupacionales, sobre todo–. La acción para las situaciones de dependencia funcional vinculadas con la enfermedad mental ha experimentado un cambio profundo como consecuencia de la reforma psiquiátrica; algunas Comunidades Autónomas asumieron en su oferta de servicios sociales las responsabilidades que se derivan para esta rama de dicho cambio. En la cima de la pirámide demográfica, para las personas afectas de envejecimiento patológico gravemente discapacitante, se ha ampliado la oferta de residencias asistidas, a la vez que se vienen extendiendo los medios de apoyo a la permanencia en el propio domicilio y/o medio; aquí está el punto en el que ha tenido lugar el mayor despliegue de los servicios sociales para la dependencia funcional. Se cuenta también con algunas iniciativas asistenciales para personas sin familia ni hogar afectas de deterioro psíquico grave, tales como apoyo personal intensivo y acogimiento residencial.

Aparte de la aportación reseñada de los servicios sociales relativa a la dependencia funcional, la misma es objeto de una amplia gama de actividades y prestaciones de otras ramas. Entre las tradicionales, recordemos las prestaciones de la Seguridad Social, en sus secciones contributiva y no contributiva, para las situaciones de «gran invalidez» y asimiladas. Entre las medidas recientes, me parecen destacables ciertas facilidades laborales y subsidios provistos por la política de conciliación de la vida laboral y familiar. Con carácter general, cabe decir que también se viene interviniendo en los entornos –desde el doméstico al urbano– para facilitar la movilidad y la comunicación de las personas afectas de dependencia funcional.

Pero es mucho lo que queda por hacer en las distintas ramas de actividades sociales. Se están incrementando estas situaciones de dependencia funcional vinculada a la discapacidad, especialmente en las edades mayores. Esto ocurre sobre todo porque la ampliación de la esperanza de vida da lugar a un incremento del número de personas afectas de envejecimiento con patologías graves que requieren ayuda de tercera persona. Este hecho y la creciente conciencia sanitaria de las posibilidades preventivas generan, en los medios científicos y profesionales, un movimiento creciente en pro de explotar esas posibilidades.³³ Considerado el conjunto del país, es poco lo que se ha hecho en los

33 Isidoro Ruipérez, «La prevención geriátrica de la dependencia», en Demetrio Casado, *Respuestas a la dependencia*, op. cit.

servicios sociales para responder a lo que les demanda la reforma psiquiátrica en las situaciones de dependencia funcional. Se registra algún incremento de la demanda de ayuda por el cambio en las aspiraciones de participación: la afirmación del criterio de que menores y adultos afectados de discapacidades graves mantengan una vida activa –educación y trabajo, sobre todo– aumenta la necesidad de ayuda. Y está creciendo intensamente la demanda de ayuda extrafamiliar para funciones de apoyo supletorio en el conjunto de personas en situación de dependencia y sus familias por el decrecimiento de la potencialidad cuidadora de éstas, el cual se relaciona con estos hechos principalmente: en las jóvenes, la incorporación de la mujer –muy principal proveedora de cuidados– al trabajo o el deseo de hacerlo; en las mayores, el envejecimiento, la discapacitación y la muerte de los familiares cuidadores –cónyuges y descendientes (hijas, sobre todo)–.

Aportaciones deseables de los servicios sociales

Las citadas demandas llaman a la ampliación de prestaciones individuales y otras actividades de objeto colectivo en prevención primaria de deficiencias, rehabilitación-integración, accesibilidad, cuidados médicos y personales de larga duración, facilidades laborales y apoyos a los afectados y familiares cuidadores. Ya quedaron apuntadas las prestaciones tradicionales para la dependencia, especialmente las de servicios sociales. Pero no agotan éstas el repertorio de las deseables. Con carácter general cabe decir que los servicios sociales –como otras ramas de actividades concernidas– proveen prestaciones pasivas principalmente, con descuido de algunas intervenciones activas posibles.

La dependencia funcional puede ser prevenida en una medida importante –como, en general, las deficiencias–. Ya quedó indicado el papel actual y deseable de los servicios sociales en atención temprana, que tiene un efecto preventivo en el estadio infantil. En cambio, el papel de los servicios sociales en otros frentes de la prevención de deficiencias es, en conjunto, escaso y desigual. De todos ellos, el del envejecimiento sano parece especialmente propicio para la acción de la rama que aquí se considera. Aun cuando el citado objetivo ha nacido del pensamiento y de las instituciones sanitarias, su gestión no es privativa de los servicios médicos, sino que llama a muy diversas aportaciones, especialmente en lo que atañe a promover un estilo de vida sano.³⁴ Los servicios sociales cuentan con una amplia red de programas (ayuda a domicilio, turismo social) y de establecimientos (hogares, clubes, centros de día, residencias y pisos tutelados) mediante los que cabe ofrecer a sus usuarios vías de actividad y también educación pro estilo de vida sano.

Desde el punto de vista de las situaciones de dependencia funcional ya acaecidas, las actividades de participación son deseables, tanto para prevenir el

³⁴ Ver, por ejemplo, Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud, *La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud*, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 2003, pp. 10 y 11.

agravamiento de aquélla, como para posibilitar la realización de las potencialidades personales. Las más importantes vías de participación social son ajenas a los servicios sociales (educación, trabajo, acción cívica y política), pero éstos están llamados a contribuir mediante apoyos posibilitadores. En la educación, suele ser difícil que los servicios especializados provean transporte y acompañamiento para los niños afectos de dependencia. La participación en actividades laborales está no pocas veces bloqueada por dificultades de transporte hasta la sede del empleo. La participación asociativa y política de las personas afectas de dependencia suele estar muy polarizada por el enfoque de la discapacidad y el gerontológico, de modo que los servicios sociales podrían propiciar también conexiones con iniciativas centradas en intereses generales.

La provisión de la accesibilidad no es responsabilidad de los servicios sociales, pero sí puede serlo la de promoverla y facilitarla, especialmente en función de los casos. La acción pro accesibilidad se está desarrollando sobre todo en los espacios de uso colectivo y obra nueva. Pero existe una enorme demanda latente de accesibilidad en las viviendas particulares, con frecuencia añosas, de innumerables personas afectas de dependencia y en los inmuebles en las que se ubican las mismas. Los servicios sociales están llamados a realizar una permanente encuesta sobre este problema y a promover las oportunas soluciones. Téngase en cuenta que no pocos usuarios afectados y sus familias desconocen, no ya las soluciones técnicas a los problemas de accesibilidad, sino los medios técnicos y administrativos para llegar a ellos: estudios de arquitectura expertos en accesibilidad, servicios de ayudas técnicas, oficinas públicas competentes, etc.

En cuanto a las acciones de apoyo supletorio, la rama de los servicios sociales podría intervenir en pro de mejorar la calificación de la oferta de cuidadores domésticos o ayudantes personales que son contratados cada vez en mayor número –con frecuencia entre trabajadores inmigrantes– por las personas afectadas o sus familias. He aquí algunas actividades deseables –sin entrar en las de regularización administrativa–: oficinas formales o informales de mediación del empleo especializadas, capacitación y acreditación, suplencia en casos de inasistencia forzosa o incumplimiento, apoyo a los cuidadores para compatibilizar su trabajo con las obligaciones familiares –hijos, sin padre ejerciente, de cuidadoras–.

En cuanto a las actividades directas de los servicios sociales, aparte de lo relativo a su gestión y régimen jurídico, parece obvia la necesidad de ampliar la oferta y también de corregir su composición. La línea tradicional de la oferta de prestaciones para la dependencia priorizó el cauce de la residencia asistida, principalmente en establecimientos grandes. El enfoque comunitario lleva aparejada la prioridad de canalizar la ayuda personal por medios posibilitadores de la vida en el hogar y en un medio urbano normativo de las personas afectas de dependencia.

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia ha optado por servirse muy principalmente por los servicios sociales. No aporta novedades relativas al contenido prestacional de la rama, pero sí trae una muy importante de

carácter institucional: establece **el derecho subjetivo a un mínimo de protección para ciertos grados de dependencia funcional en régimen universalista**. La financiación de este mínimo viene garantizada por el Estado central (arts. 9 y 32), y vincula aportaciones equivalentes de las Comunidades Autónomas (art. 32). Éstas, además, en virtud de su competencia exclusiva en servicios sociales –salvo los de la Seguridad Social–, tendrán a su cargo el reconocimiento individual de la situación y grado de dependencia, así como la determinación del programa prestacional (arts. 26 a 29).

En virtud de la citada competencia en servicios sociales, a las Comunidades Autónomas les queda, por otra parte, la grave y onerosa responsabilidad de afrontar las demandas de las situaciones de la dependencia funcional al sector público de la parte no cubierta por la protección mínima que garantiza la Ley 39/2006. Y les queda también, por supuesto, la responsabilidad de potenciar la colaboración de los servicios sociales con la rama sanitaria en la función preventiva, y con la de arquitectura y urbanismo en accesibilidad.

9.3. PRO CARTERA DE PRESTACIONES

En un Estado social como el español, la política pública de servicios sociales está llamada a ofrecer una protección garantizada, como la que establece, bien que en términos de mínimos, la Ley para las situaciones de dependencia funcional. Para alcanzar esta meta se requieren, desde luego, instrumentos jurídicos, nuevamente como la Ley citada; pero también resultan necesarias ciertas técnicas administrativas, como la catalogación de prestaciones.

9.3.1. Cómo garantizar el derecho a los servicios sociales

Parece que la técnica jurídica más segura para garantizar la protección de los servicios sociales sería la institución de derechos subjetivos, cuya satisfacción puede exigirse ante los tribunales de justicia. Mediante esa técnica de los derechos subjetivos, la política de bienestar nos garantiza asistencia sanitaria, prestaciones educativas, pensiones contributivas y no contributivas y, mediante la Ley 39/2006, un mínimo de prestaciones de servicios sociales para situaciones de dependencia funcional. Pero, sobre todo, en el caso de las prestaciones en especie, la determinación del contenido de esos derechos no viene dada por las leyes que los instituyen, sino por normas de desarrollo de las mismas que regulan una determinada cartera de servicios de asistencia sanitaria, un determinado currículo educativo, las cuantías de las prestaciones monetarias y, cuando ello se lleve a cabo, un catálogo o cartera de prestaciones de servicios sociales. Es decir, **tanto para ese mínimo que garantiza la Ley 39/2006, como para otras coberturas de servicios sociales que se garanticen en el futuro, es necesario establecer los catálogos y/o carteras de prestaciones que determinen sus contenidos en términos tales que puedan ser provistos y exigidos con seguridad administrativa y jurídica**. Pues bien, salvo alguna aportación parcial debida al entorno técnico y administrativo del Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios So-

ciales en Corporaciones Locales, ésta es una tarea pendiente.

A mi parecer, una parte de las actividades que están llamadas a realizar los servicios sociales no son garantizables mediante la institución de derechos subjetivos individualizados. La aportación de la rama que consideramos en casos de catástrofes no puede supeditarse a los procedimientos de acreditación del derecho de los beneficiarios ni, mucho menos, denegar auxilio en los casos negativos. En las acciones destinadas a sujetos colectivos, como las campañas informativas o de organización comunitaria, parece difícil la individualización del derecho. La alternativa jurídica es el establecimiento de obligaciones a las instancias públicas competentes. Pues bien, la buena política de bienestar requiere también para esta vía jurídica la determinación de las actividades a realizar y, en algún grado, de sus contenidos. Y tampoco tenemos el trabajo técnico de catalogación a punto para el caso de que alguna instancia normativa tomara la buena decisión política de imponer obligaciones concretas a los entes ejecutivos a los que correspondiera.

Por cierto, la catalogación de prestaciones y actividades de los servicios sociales, además de posibilitar su garantía jurídica, parece que facilitaría el desarrollo racional de la rama en tanto que estructura de acción y en cuanto disciplina. En la situación actual de fraccionamiento, es prácticamente imposible conocer la situación de hecho de la rama en sus términos técnicos, así como construir la disciplina de la misma.

9.3.2. La cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud

Entiendo que la rama de los servicios sociales presenta importantes semejanzas formales con la sanitaria. De este modo, me atrevo a creer que la deseable catalogación en la rama que aquí se considera podría obtener algún fruto del examen de la catalogación del Sistema Nacional de Salud; con esa expectativa reseño seguidamente los elementos principales de la misma.

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad asigna a las Administraciones Públicas el desarrollo de dieciséis modalidades o tipos de actuaciones: desde la «educación sanitaria» hasta «el control y la mejora de la calidad de la asistencia sanitaria», pasando por la «atención primaria integral de la salud» o la «asistencia sanitaria especializada» (art. 18). Este acercamiento normativo a la catalogación sanitaria sería objeto de desarrollo mediante el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud. Una de las referencias de esta norma que se formula en su exposición de motivos es «la garantía de la igualdad sustancial de toda la población en cuanto a las prestaciones sanitarias...» Mediante anexos, el citado Real Decreto 63/1995 estableció la que se ha dado en llamar cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud –a mi entender, sería más propio denominarla cartera de prestaciones, ya que además de actuaciones técnicas incluye prótesis y otros aparatos–. En el primero de esos anexos se enuncian estas cinco «Modalidades de las prestaciones sanitarias» (punto 1) que aparecen en la primera columna de la tabla 2 y, por otra parte, se despliega con cierto detalle la cartera de

las mismas, salvo las farmacéuticas (puntos siguientes).

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud vino a incidir en la anterior catalogación de sus prestaciones. Por una parte, establece las nueve grandes modalidades o tipos que aparecen en la tercera columna de la tabla (art. 7). Después, describe en términos generales dichas modalidades o tipos (arts. 11 a 19). Por lo que después indicaré, conviene saber que la «prestación de atención sociosanitaria» comprende: «a) Los cuidados sanitarios de larga duración», b) «La atención sanitaria a la convalecencia» y c) «La rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable» (art. 14.2). El cambio traído por la Ley 16/2003 en la materia que nos ocupa ha sido reglamentado mediante el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el

TABLA 2. Modalidades o tipos de prestaciones sanitarias

REAL DECRETO 63/1965		LEY 16/2003	REAL DECRETO 1030/2006
Modalidades enumeradas	Desarrollo		
		Salud pública	=
Atención primaria	=	Atención primaria	=
Atención especializada	=	Atención especializada	=
		Atención sociosanitaria	NO
		Atención de urgencia	=
Prestaciones farmacéuticas	NO	Prestación farmacéutica	=
Prestaciones complementarias	Prestación ortoprotésica Trasporte sanitario Tratamientos dietoterápicos complejos Oxigenoterapia a domicilio	Prestación ortoprotésica	=
		Dietéticos	=
		Transporte sanitario	=
Servicios de información y documentación	=		Remite a normas específicas (art. 10)

procedimiento para su actualización. Salvo para la citada «Atención sociosanitaria», se detallan ampliamente los contenidos prestacionales de las restantes ocho modalidades o tipos de prestaciones.

9.3.3. La catalogación de prestaciones de servicios sociales

En el curso de su desarrollo, los servicios sociales vienen desplegando

sus recursos técnicos en función muy principalmente de los colectivos de clientes, según distintas versiones: pobres, expósitos, impedidos, etc., en un pasado ya lejano; menores, discapacitados, mayores, etc., después. De este modo se han ido configurando series paralelas de tales recursos, con poca relación entre sí. Este hecho entraña inconvenientes de diversas clases. En el orden técnico, vienen siendo muy escasas las transferencias de saberes entre las distintas áreas verticales. Esto ocurrió entre los Servicios Sociales de la Seguridad Social para «minusválidos» y «ancianos» –después, aludidos con otras denominaciones–, cuyas organizaciones de gestión llegaron a estar integradas en una misma institución, el INSERSO –después, IMSERSO–. En orden a la catalogación del conjunto de las prestaciones de la rama de los servicios sociales, la tradición mencionada constituye una dificultad obvia.

Dos modalidades

Se produjo un cambio importante de la citada tendencia histórica con la configuración, por las Comunidades Autónomas, de dos modalidades o tipos de actividades. Esto se apunta ya en la Ley Foral 14/1983, de 30 de marzo, sobre Servicios Sociales de Navarra –segunda Comunidad que regula la rama–. Relaciona esta norma las áreas de actuación de los servicios sociales (art. 3) y en la de «Familia y comunidad» postula la creación, con la denominación «servicios sociales de base», de unos equipos multidisciplinares con las funciones de «proteger, informar, concienciar, orientar y asesorar a las familias y comunidades locales...» (art. 3.e). La Ley 11/1984, de 6 de junio, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid –que sigue cronológicamente a la navarra– establece inequívocamente dos «modalidades» de prestación: «Servicios Sociales generales» y «Servicios Sociales especializados» (art. 4.1). Esta división ha logrado aceptación nacional, salvo variantes de contenido funcional y terminológico.³⁵ Sobre éstos, conviene recordar que a la primera de esas divisiones se la ha denominado servicios sociales de base, comunitarios, generales o de atención primaria; retengo esta última opción.

Es oportuno señalar en este punto que la mayor parte de las leyes de acción social y/o servicios sociales regulan prestaciones económicas. Una parte de ellas son subsidios supletorios de renta que entiendo forman parte de otra rama. Otras de tales prestaciones, en cambio, cumplen funciones auxiliares de las técnicas de los servicios sociales.

La citada Ley 11/1984 de la Comunidad de Madrid inicia el despliegue de la atención primaria regulando estas cuatro subdivisiones: «Servicio de Información, Valoración y Orientación», «Servicio de Cooperación social», «Servicio de Ayuda a Domicilio» y «Servicio de convivencia» (arts. 5 a 10). También con variantes, las leyes de acción social y/o servicios sociales posteriores adoptaron esta pauta. Viene jugando un papel de guía en la consolidación y evolución de la misma el inicialmente denominado Plan Concertado para el Desarrollo de Pres-

35 Ver Demetrio Casado, *Reforma política de los servicios sociales*, Editorial CCS, 2002, p. 39.

taciones Básicas de Servicios Sociales de Corporaciones Locales, promovido por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social en 1988, en el que vienen participan-

TABLA 3. Prestaciones del Plan Concertado de Servicios Sociales

LEY 11/1984 DE LA COMUNIDAD DE MADRID	PRESTACIONES BÁSICAS DE SERVICIOS SOCIALES, 1988	CATÁLOGO DE PRESTACIONES DE SERVICIOS SOCIALES DE ATENCIÓN PRIMARIA, 2002
Información, orientación y valoración	Información y orientación	=
	Prevención e inserción social	Prevención e inserción
Ayuda a domicilio	Ayuda a domicilio	Apoyo a la unidad convivencial y ayuda a domicilio
Servicio de convivencia	Alojamiento y convivencia	Alojamiento alternativo
Cooperación social		Fomento a la solidaridad: cooperación social

do todas las Comunidades Autónomas –excepto las de Navarra y País Vasco, por su régimen de concierto económico– más Ceuta y Melilla. En la tabla 3 pueden verse las subdivisiones iniciales³⁶ y las últimas propuestas en una publicación del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales que deriva de aquél.³⁷

Las leyes de acción social y/o servicios sociales han denominado «servicios especializados» o «específicos» a la segunda modalidad de sus actividades. Se predica esa condición en referencia a ciertas áreas de actuación de la rama. Ésta es la relación completa de las que contempla la Ley 6/1982, de 20 de mayo, sobre Servicios Sociales del País Vasco: información y asesoramiento, familia, infancia y juventud, tercera edad, minusválidos, alcohólicos y drogadictos, delincuencia y ex presos, mujer, emergencia social, marginación. En las leyes posteriores, según quedó visto, las áreas de carácter funcional –como la información y el asesoramiento– pasan a la atención primaria, de modo que la atención especializada se limita a las de carácter social.

Como se ve, la modalidad primaria abarca actividades definidas por crite-

³⁶ Ministerio de Asuntos Sociales, *Plan concertado para el desarrollo de prestaciones básicas de servicios sociales*, (documento multicopiado, sin fecha, que incluye la memoria de concertación de 1988).

³⁷ Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, *Catálogo de prestaciones de servicios sociales de atención primaria*, 2002. Incluido en www.mtas.es.

rios funcionales, en tanto que la especializada sigue un criterio de división social. Esta diferencia lleva a preguntarse, a título de ejemplo, por qué es idóneo el criterio funcional para catalogar la ayuda a domicilio (atención primaria) y no lo es para otros recursos de apoyo a la permanencia en el hogar.

Desarrollos de la catalogación

Tanto para efectos organizativos internos, como para la garantía de la protección social –que es el objetivo de referencia de esta exposición– las grandes subdivisiones indicadas son manifiestamente insuficientes. Merece, por ello, destacarse el trabajo realizado por los órganos técnicos del Plan Concertado en orden a desglosar y detallar el contenido prestacional de la atención primaria de servicios sociales. En esa línea debo citar las consultas realizadas a servicios de las Comunidades Autónomas y a los colegios de psicólogos y de trabajadores sociales, cuyos resultados han sido integrados en una interesante publicación.³⁸ Deben de haber servido estos trabajos para la elaboración del Catálogo de Prestaciones de Servicios Sociales de Atención Primaria adoptado por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales,³⁹ con un desarrollo, a mi parecer, muy estimable.

Conviene aclarar que, aun cuando ese Catálogo esté basado en consensos administrativos y profesionales, no es vinculante para las Comunidades Autónomas. En el régimen de competencias descentralizadas de los servicios sociales, no cabe discutir el derecho de cada Comunidad a regular la atención primaria –y la especializada, claro– según su criterio. Así, se observan diferencias más o menos importantes respecto a esa referencia en leyes de la rama promulgadas después de producirse los citados consensos. De entre tales diferencias, me parece importante la opción de adscribir a la atención especializada la ayuda a domicilio que se hace en la Ley 11/2003, de 27 de marzo, (segunda) de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid (art. 31). Por la misma circunstancia jurídico-política, el Catálogo de Prestaciones de Servicios Sociales de Atención Primaria no tiene virtualidad en la garantía de la protección.

El contenido prestacional de la atención especializada ha sido objeto de desarrollos bastante diversos en las leyes de acción social y/o servicios sociales. Los mismos son, por supuesto, material interesante para una catalogación convergente, pero no tengo noticia de que ello se esté haciendo con carácter general.

El catálogo de la Ley sobre dependencia y sugerencias

En materia de catalogación se ha producido una novedad importante por su alcance nacional y por su carácter vinculante. La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal establece el siguiente «Catálogo de servicios» (art. 15):

³⁸ Miguel López-Cabanas, *Sistemas de Registro en Servicios Sociales Comunitarios*, Universidad de Málaga, 1997.

³⁹ *Op. cit.*

«1. El Catálogo de servicios comprende los servicios sociales de promoción de la autonomía personal y de atención a la dependencia, en los términos que se especifican en este capítulo:

- a) Servicio de Prevención de las situaciones de dependencia y los de promoción de la autonomía personal.
- b) Servicio de Teleasistencia.
- c) Servicio de Ayuda a domicilio:
 - (i) Atención de las necesidades del hogar.
 - (ii) Cuidados personales.
- d) Servicio de Centro de Día y de Noche:
 - (i) Centro de Día para mayores.
 - (ii) Centro de Día para menores de 65 años.
 - (iii) Centro de Día de atención especializada.
 - (iv) Centro de Noche.
- e) Servicio de Atención Residencial:
 - (i) Residencia de personas mayores en situación de dependencia.
 - (ii) Centro de atención a personas en situación de dependencia, en razón de los distintos tipos de discapacidad».

La adscripción de la prevención de la dependencia, sin la adecuada contextualización, a los servicios sociales es impropia. La acción preventiva de la dependencia hace parte de la relativa a la enfermedad, los traumatismos, las deficiencias y las secuelas de estas. De este modo, esa función no se realiza sólo ni principalmente por uno varios instrumentos de acción, sino que implica una amplísima de actividades de salud pública, seguridad e higiene del trabajo, seguridad vial en el tráfico rodado y en el peatonal, asistencia sanitaria, servicios sociales, etc.

Las restantes componentes del catálogo de servicios de la Ley 39/2006 son propios de la rama de los servicios sociales. Y se observa que se relacionan los mismos de modo serial, sin referencia a la atención primaria y la especializada. Esta opción me da pie para sugerir la configuración de una nueva modalidad de actividades de servicios sociales: **la atención de media y larga duración**. Cabe traer en apoyo de esta propuesta el antecedente parecido de la «prestación de atención sociosanitaria», regulada en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (art. 7). La consideración conjunta de la atención de media y larga duración viene aconsejada, aparte de por consistencia funcional, por el ideal de la continuidad de cuidados –el cual aconseja también la conexión de los sanitarios y los de servicios sociales–: «Se acepta cada vez menos que las personas envejecidas deban elegir entre la ayuda de un familiar, completada por servicios de cuidados agudos puntuales, y la residencia en colectividad, generalmente en una casa medicalizada de larga estancia. Para llenar el vacío entre la distribución de cuidados a domicilio sin ayuda y el internamiento residencial, numerosos países ofertan un abanico de servicios

40 OCDE, *Protéger les personnes âgées dépendantes*. Des politiques en mutation, Études de Politique Sociale, nº 19, Paris, 1996, p. 332.

que pueden ser combinados de diferentes maneras para responder a la diversidad de necesidades y de situaciones de las personas envejecidas. Para calificar adecuadamente este nuevo sistema, se ha ideado la noción de "continuidad" de cuidados que engloba una amplia gama de servicios suministrados por diferentes sectores y organizaciones que procuran el mismo objetivo». ⁴⁰

Pasando a su último nivel de desarrollo, se observa que **el catálogo de la Ley sobre dependencia funcional no identifica prestaciones, sino medios o contenedores de las mismas**. Dicho de otro modo, se toman como contenidos ciertos continentes. Está al alcance de los niños distinguir entre la escuela-contenedor y la clase-contenido. En materia sanitaria, sin duda por su dificultad técnica, los usuarios tienden a identificar los tratamientos farmacológicos en términos de formas farmacéuticas o de administración (comprimidos, supositorios, inyectables-inyecciones, etc.). Pero los profesionales, por supuesto, piensan siempre primero en las sustancias medicinales o en las clases farmacológicas de las mismas indicadas (ácido acetilsalicílico, sulfamidas, ocitócicos, etc.), y después disciernen la forma farmacéutica deseable en función de la eficacia terapéutica, de la minimización de efectos secundarios y aun de la comodidad. En servicios sociales, incluso los supuestos técnicos incurrimos –no utilizo la primera persona por criterio de estilo sino para inculparme– en el error técnico de identificar, según indiqué, una parte importante de las prestaciones por sus medios de administración: teleasistencia, ayuda a domicilio, centros de día, residencias.

La teleasistencia es un medio de conexión para incidencias. Las prestaciones canalizables por el mismo pueden variar: desde la gestión de alteraciones de salud recurriendo a medios ajenos, hasta la provisión directa de esos medios; desde sólo lo estrictamente médico, hasta lo personal –teleconversación de compañía– e incluso lo doméstico (suministros, fontaneros, electricistas, etc.). La ayuda a domicilio es otro medio de dispensación de prestaciones, con contenido potencial amplísimo: ⁴¹ ciertos apoyos domésticos (limpieza, compra, preparación de comidas, etc.), ayuda para actividades básicas de la vida diaria (levantarse, asearse, comer, etc.), apoyos fuera del domicilio (acompañamiento para asistir a centros de enseñanza o laborales, idem para participar en actividades cívicas o para realizar compras), atención educativa. También los centros de día son meros medios de dispensación de prestaciones. Por de pronto, las mismas pueden incluir o no el transporte; en lo sustantivo, la oferta puede limitarse a la provisión de asistencia supletoria para personas afectas de dependencia funcional, pero puede también extenderse a prestaciones de rehabilitación de diferentes clases. Para las residencias, salvo el transporte, cabe decir lo mismo; las de carácter privado suelen especificar la diversidad de su oferta en relación con sus precios.

Dos últimas observaciones sobre el catálogo de la Ley 39/2006: incurre en «centritis» y en clasismo. En la atención extradomiciliaria considera sólo la op-

41 Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, *Catálogo de prestaciones de servicios sociales de atención primaria*, op. cit., pp. 24-27.

ción de los establecimientos, obviando la posibilidad de que se provea la misma en hogares alternativos. Por otro lado, clasifica los establecimientos mediante oposiciones discutibles, como puede verse netamente en el caso de la atención residencial: (i) «personas mayores en situación de dependencia» y (ii) «personas en situación de dependencia, en razón de distintos tipos de discapacidad». ¿Es que la dependencia de los «mayores» no es discapacidad como la de los no mayores? ¿Y qué se hará con una persona no mayor atendida en una residencia (i) al cumplir 65 años?

Por si fuera útil para el desarrollo de la catalogación de las prestaciones individuales de los servicios sociales, hago en la tabla 4 un **apunte tentativo de**

TABLA 4. Ensayo de identificación de modalidades de actividad de los servicios sociales

POSIBLES MODALIDADES	ÁREAS	MEDIOS OPERATIVOS					
		Teleasistencia	En o desde sede organiz.	In situ (dom., calle)	Centro de día	Residencia	Hogares alternativos
Apoyos en incidencias y emergencias	Todas	x	x	x	Estancia temporal	Idem	Idem
Apoyos circunstanciales (Inform., orient., gestiones, etc.)	Todas	x	x	x			
Metodológica (diagnóstico, program., gestión de caso)	Todas	Muy parcialmente	x				
Ergonomía doméstica	Discapacidad (incluido envejecim. patológico)			x			
Apoyo fam. en el cuidado infantil común	Familia			x	x		
Tratamientos de rehabilitación y rehab., y apoyos a la integración	Familia, discapacidad (incluido envej. patol.), marginalidad, inmigración		x	x	x	x	x
Cuidados de media y larga duración	Infancia desamparada o maltratada, discapacidad grave en menores y mayores, sin hogar.	Ciertos casos	Ciertos casos (tutela)	x	x	x	x

modalidades de prestaciones individuales. Especifico las áreas afectadas por cada modalidad para mostrar la transversalidad del primer nivel de catalogación, análoga a la que se observa en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud, aprobado por el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre.

9.4. NOTA SOBRE FUNCIONES RELATIVAS A LA GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

Termino con una propuesta que sería arbitraria de no contar con un amplio apoyo en experiencias ajenas. La misma nos sugiere que el perfeccionamiento de los servicios sociales se vería favorecido por la potenciación de las funciones más relevantes para el conocimiento. Por de pronto, la **información**. Ni siquiera para el ámbito nacional disponemos de la concerniente a la actividad pública referida a algunos indicadores comunes para todas las Comunidades Autónomas, a poder ser coincidentes con los más plausibles utilizados en otros países, sobre todo de la Unión Europea. En segundo lugar, debería ampliarse el campo de **investigación** de modo que la misma abarque, no sólo los aspectos organizatorios y de gestión –legislación, financiación, administración–, sino también los técnicos o «clínicos». En relación con esto, convendría igualmente potenciar la **evaluación** de la actividad de los servicios sociales mediante indicadores y protocolos compartidos para todas las Comunidades y, de nuevo, con otros países. Y, por supuesto, resulta muy conveniente la **formación** de una clase técnica competente en la gestión de la globalidad de la rama.

El régimen de competencia exclusiva de las Comunidades Autónomas en servicios sociales, que tantos inconvenientes entraña para la igualdad de la protección pública, no parece que obstaculice jurídicamente la intervención del Estado Central en las citadas funciones relacionadas con la gestión del conocimiento. De todos modos, como quiera que las presiones particularistas de ciertas Comunidades y partidos nacionalistas, por circunstancias objetivas y subjetivas que están a la vista de todos, arrinconan al Estado central más allá de lo que determina el marco constitucional, no parece prudente esperar pasivamente a que el mismo tome la iniciativa. Quienes ponemos el bienestar ciudadano por encima del particularismo político, estamos llamados a reivindicar y colaborar en la causa expuesta, por supuesto, previa validación compartida de la misma.

10. PROPUESTAS DE MEJORA EN LA ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES. DIAGNÓSTICO FUNCIONAL Y SUGERENCIAS DE CAMBIO

Alicia Sarabia Sánchez

Consultora social

INTRODUCCIÓN

Los años de experiencia en la implantación de los servicios sociales desarrollados a partir de la reinstauración de la democracia en España, nos permiten analizar, con una cierta perspectiva temporal, cómo se han configurado aquellos. En este capítulo vamos a tratar acerca de cómo la organización y gestión de los servicios sociales, y los diversos sistemas existentes en nuestro país, influyen en la eficacia y eficiencia de la prestación de estos servicios a los ciudadanos. Por ello, y aunque no es posible realizar una separación estricta entre lo competencial-administrativo y lo organizativo-gestor (puesto que, al ser una materia de responsabilidad pública, es básicamente promovida, organizada y en muchos casos directamente gestionada por las Administraciones Públicas), nos centraremos en la cuestión de cómo la organización y gestión de los servicios sociales inciden en la calidad de vida de los ciudadanos a los que van dirigidos.

La necesaria limitación de espacio de un informe como éste obliga a tratar de condensar los aspectos más relevantes, sin ánimo de exhaustividad. Por ello, no debe entenderse que todos los servicios sociales de toda España se atienen a lo que se describirá en este capítulo, sino que hemos tratado de resaltar algunas de las disfunciones existentes (por supuesto, no en todos los territorios) y proponer su mejora.

10.1. SITUACIÓN ACTUAL DE LA ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES EN ESPAÑA

10.1.1. Estado de la cuestión

La paulatina asunción de los servicios sociales como cuestión de responsabilidad pública (en consonancia con la evolución del concepto de «derechos de

ciudadanía») ha ido ampliando a lo largo de los años el ámbito de aquellos, por lo que su campo de acción se ha abierto progresivamente a nuevos grupos y situaciones sociales. Conjuntamente con ello, la evolución demográfica y sociológica experimentada por la sociedad española en el último cuarto del siglo XX y los inicios del siglo actual ha llevado igualmente a los servicios sociales a ampliar su radio de acción, afrontando los cambios que en los modelos de familia y de redes sociales se están produciendo, con el fin de tratar de dar respuesta a las nuevas necesidades de los ciudadanos. Ello ha llevado a la rama que nos ocupa a asumir nuevos cometidos y ampliar su alcance.

10.1.1.1. *Breve mención competencial*

Si bien esta cuestión se ha tratado extensamente en otro capítulo, es necesario mencionar, aunque sea de forma sucinta, la división de competencias entre las diversas Administraciones Públicas, puesto que ello condiciona tanto la organización como la gestión en esta materia.

Por una parte, nos encontramos con una configuración territorial en forma de Estado de las Autonomías, con la posibilidad establecida en la Constitución de 1978 de que las Comunidades Autónomas pudieran acceder a la competencia exclusiva en materia de servicios sociales. Y por otra, existe competencia municipal en la gestión de dichos servicios dentro de su territorio (si bien es obligatoria únicamente para los municipios con más de 20.000 habitantes), establecida en la Ley Reguladora de las Bases del Régimen Local. Sin embargo, no podemos olvidar que, en determinadas materias, el Estado sigue teniendo competencia directa, como sucede en la gestión de los servicios sociales para reclusos, ex reclusos y sus familias, a la vez que conserva la titularidad sobre los servicios sociales de la Seguridad Social, no obstante haber transferido su gestión a las Comunidades Autónomas.

Para el ejercicio de la mencionada competencia exclusiva en la materia que estamos tratando, las Comunidades han dictado diversas leyes de Servicios Sociales (denominadas en algunos casos «de Acción Social» o «de Asistencia y Servicios Sociales») y numerosa normativa de desarrollo de las mismas, en las que se establecen tanto el alcance y ámbito de los derechos y prestaciones sociales para la población de sus respectivos territorios, como el modelo organizativo y de gestión que se implanta en cada uno de ellos. Existen diversos modelos, aunque no tan distintos como pudiera parecer, ya que se han producido procesos de imitación entre Comunidades. Además, tanto el Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales, como los diversos Planes estatales sectoriales (para personas con discapacidad, para personas mayores, para la infancia, etc.), todos ellos promovidos por el actualmente denominado Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, han ejercido una importante labor armonizadora.

Al margen de la labor impulsora estatal y autonómica, muchos municipios, por su parte, han puesto en marcha diversas estructuras de organización y gestión en función de necesidades y condicionantes propios, aunque no necesariamente coordinadas con las pautas organizativas autonómicas.

Simultáneamente, no podemos olvidar la enorme relevancia que la prestación privada tiene en este ámbito, por sí sola o en sus diversas modalidades de relación con la Administración (subvencionada, concertada, contratada, etc.).

De esta forma, la organización de los servicios sociales en España sigue una pauta cuatrimpartita:

- Administración central como impulsora y financiadora (y gestora de las atribuciones que conserva).
- Administraciones regionales como organizadoras y financiadoras en su ámbito territorial.
- Administraciones locales con potestad para desarrollar los aspectos que consideren adecuados a las necesidades de sus territorios.
- Entidades privadas sujetas a las limitaciones que les impongan las normativas de servicios sociales del territorio en que se asienten, pero con capacidad de promoción de servicios y prestaciones propios, así como de actuar en colaboración con las distintas Administraciones.

10.1.1.2. *Niveles de intervención*

De forma generalizada,¹ las leyes de servicios sociales establecieron un modelo binario que diferenciaba entre servicios sociales de nivel primario y de nivel secundario, bajo diversas denominaciones sinónimas:

- Comunitarios (Murcia), de base (Navarra), generales (Madrid), de atención primaria (Cataluña). Respecto a éstos, se caracterizan, al menos en teoría, por estar *«dirigidos a toda la población con independencia de sus características sociales o demográficas, por tanto las actuaciones que desarrollan son universales. [...] por tener un ámbito de actuación circunscrito a un territorio, por la proximidad y fácil acceso a ello de los ciudadanos y coinciden con la zona donde desarrollan sus actividades los Centros de Servicios Sociales»*².
- Especializados o sectoriales, caracterizados por dirigirse *«hacia sectores concretos y especiales que marca la Ley y tanto sus prestaciones como sus servicios tienen un objeto limitado y delimitado. [...] Frecuentemente son de carácter sectorial en cuanto a su organización, atendiendo a características y necesidades especiales y comunes de grupos concretos de población, complementando las actuaciones de los Servicios Sociales Generales. Para su instauración, así como para la*

1 Con la excepción de Canarias (Ley 9/1987) y el País Vasco (Ley 6/1982, aunque en la Ley 5/1996 adoptó ya el criterio general binario).

2 Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Dirección General de Servicios Sociales y Dependencia. *«Servicios Sociales de Atención Primaria. Catálogo de Prestaciones»*. En <http://www.mtas.es/SGAS/ServiciosSocDep/ServiciosSociales/Sistema/Catalogo.htm> a mayo de 2006.

planificación y ubicación de estos servicios, prevalecen criterios tales como la localización y la distribución de las necesidades»³.

El modelo organizativo de servicios sociales de nivel primario adoptó en todas las Comunidades Autónomas el criterio de descentralización municipal, posibilitado por la Ley de Bases y establecido en las respectivas Leyes de servicios sociales. De esta forma, son las Corporaciones Locales las encargadas de hacer llegar a los ciudadanos de sus respectivos territorios los servicios y prestaciones propios del primer nivel de atención de servicios sociales.

La atribución de competencias sobre este segundo nivel es diversa. Algunas Leyes de Servicios Sociales adjudican la responsabilidad a la propia Comunidad Autónoma, como es el caso de La Rioja (Ley 1/2002). Otras Comunidades pueden establecer convenios con las entidades locales (como permite la Ley asturiana 1/2003). En otras ocasiones comparten la competencia con entidades supramunicipales (como en Cataluña⁴). Y en la mayoría de las Comunidades se adjudican a los entes locales dentro de su territorio, coordinados por la Diputación provincial o Cabildo (caso de la Ley canaria 9/1987) o directamente por la Comunidad Autónoma (en la Ley aragonesa 4/1987). En algunos casos, no se atribuye la competencia sobre estos servicios específicamente a ningún nivel administrativo (como ocurre con la Ley extremeña 5/987, en la que se atribuye a los Ayuntamientos *«la gestión de los Servicios Sociales Municipales existentes o que puedan ser transferidos o creados»* –art. 20.1– y a la Junta de Extremadura la gestión de *«los servicios sociales de los que sea titular la Junta de Extremadura»* y *«los Servicios Sociales cuyas características no hagan posible la gestión directa por parte de los Ayuntamientos y Mancomunidades»*– (arts. 18.4.1 y 18.4.2).

Así pues, salvo excepciones como las ya mencionadas, los Ayuntamientos de más de 20.000 habitantes se han responsabilizado también, junto con la prestación de los servicios sociales comunitarios, de la gestión de servicios sociales especializados dentro de su ámbito territorial. Respecto a los municipios de menos de 20.000 habitantes, algunas Leyes de Servicios Sociales establecen la posibilidad de recurrir a la creación de mancomunidades para la gestión de los servicios sociales especializados delegados por sus respectivos Ayuntamientos (como sucede en la Ley 5/1992, de 27 de mayo, de Acción Social de Cantabria); en otras se atribuye la competencia a las Diputaciones Provinciales (Ley andaluza 2/1988) o a la propia Comunidad Autónoma (Ley 1/2002 de La Rioja); y en alguna no se atribuye expresamente a ningún órgano territorial (Ley castellano-leonesa 18/1988).

Además, respondiendo a la realidad social y política de cada territorio, a lo largo de los años algunas Comunidades han publicado normativa específica y puesto en marcha Institutos, Direcciones Generales... que prevén para determi-

³ Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Dirección General de Servicios Sociales y Dependencia. *«Servicios Sociales de Atención Primaria. Catálogo de Prestaciones»*.
En <http://www.mtas.es/SGAS/ServiciosSocDep/ServiciosSociales/Sistema/Catalogo.htm> a mayo de 2006

⁴ Decreto Legislativo 17/1994, de 16 de noviembre, de Asistencia y Servicios Sociales de Cataluña.

nados grupos de población actuaciones primarias y otras de nivel secundario, desgajándolas de la red general de servicios sociales de la Consejería correspondiente. Así, y a modo de ejemplo, la primera Ley de Servicios Sociales de la Región de Murcia (Ley 8/1985) incluía entre los sectores específicos de población acreedores de servicios sociales especializados el Servicio Social de la Mujer, que se ubicó en la Consejería con competencias específicas en la materia. Sin embargo, la segunda Ley de Servicios Sociales murciana ya no incluye a este sector de población, habida cuenta de que en virtud de la Ley 12/2002 se crea el Instituto de la Mujer, dependiente de la Consejería que tenga atribuidas las competencias en esta cuestión, que por Decreto de Presidencia 9/2003 pasa a ser la Consejería de Presidencia. Por lo tanto, un sector de población hasta entonces inserto en los servicios sociales generales y especializados adquiere independencia respecto a esta área. Otros sectores, sin embargo, han desaparecido de la rama de los servicios sociales por omisión, como el servicio social de drogodependencias configurado en la primera Ley murciana, que ya no aparece en la segunda y que no goza dentro de esta rama de normativa e instituciones específicas.

El Ministerio, por su parte, pretende, a través de Planes Sectoriales, promover este segundo nivel especializado (Plan de Acción para Personas con Discapacidad, Plan de Acción para Personas Mayores, Plan Gerontológico...) a través de la financiación de actividades, equipamientos e infraestructuras dirigidos a sectores específicos de población.

10.1.2. Servicios sociales de atención primaria

Según el Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales en Corporaciones Locales, son funciones propias de este nivel primario las siguientes:

- información y orientación;
- ayuda a domicilio;
- alojamiento y convivencia;
- prevención e inserción;
- complementaria: cooperación social y voluntariado.

A estos efectos, se cuenta con los Centros de servicios sociales, centros de acogida y albergues como equipamiento básico. En 1994, el Plan amplió los equipamientos financiados con sus fondos a comedores, oficinas o servicios de información y asesoramiento sobre necesidades y recursos sociales, centros de estancias diurnas, mini-residencias y pisos tutelados, que según la Comisión de Seguimiento del Plan, no forman parte de los servicios sociales generales, comunitarios o básicos, aun cuando están incluidos en el primer nivel de intervención⁵.

⁵ Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Dirección General de Servicios Sociales y Dependencia. «El sistema público de servicios sociales».

En lo que se refiere a los Centros de Servicios Sociales, son estructuras organizativas centradas en un territorio determinado de base local. Constituyen la puerta de entrada al sistema público de Servicios Sociales, desde donde se atiende a toda la población de dicho territorio, facilitando información sobre los recursos sociales existentes en los ámbitos local, autonómico y estatal. Desde estos equipamientos se gestionan tanto las prestaciones propias de este nivel, como la derivación a las prestaciones y servicios del nivel especializado. Para ello, se dispone de equipos de profesionales especializados en el ámbito social, que se ubican bien en los propios Centros de Servicios Sociales bien en las Unidades de Trabajo Social (UTS) dependientes de aquellos y que tienen una función de desconcentración territorial.

Para el ejercicio de sus funciones, las entidades locales cuentan con personal de dos tipos: el que el Plan Concertado denomina «de plantilla» y el llamado «de prestaciones», definido éste último como «*personal no perteneciente a la estructura del centro, sino contratado específicamente para programas o prestaciones determinadas, gestionadas por el propio CSS o incluso por entidades externas*». ⁶ Es decir, auxiliares de hogar del Servicio de Ayuda a Domicilio, teleoperadores de teleasistencia, etc. y cuyo coste se incluye dentro de la partida de prestaciones, y no de personal.

En lo que se refiere a la financiación, la Memoria del Plan de los años 2003-2004 ⁷ nos informa de que desde el año 1988 hasta el 2003, el presupuesto dedicado a los servicios sociales de atención primaria a través del Plan Concertado se ha incrementado, como podemos ver en la Tabla 1, de poco más de 35 millones de € el primer año, hasta más de 648 millones en el último año de referencia. Esto supone haber multiplicado más de 18 veces la inversión inicial. El mayor esfuerzo inversor ha sido realizado por las Corporaciones Locales, quienes han multiplicado su inversión por 25, en tanto que la inversión ministerial se ha multiplicado por 10 y las autonómicas por casi 16 a lo largo de estos años.

En lo que se refiere a cobertura, en la Memoria antes citada del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales ⁸ encontramos que si en 1988 sólo 247 municipios participaban en el Plan (un 3'22% de los existentes en ese momento), la cobertura en 2004 alcanza a 6.590 entidades locales (86'73% del total), con un índice de cobertura poblacional que ha subido del 34'80% del año inicial hasta el 97'74% del último año recogido en la memoria. De estos datos podemos deducir que la red pública de servicios sociales básicos está a disposición de prácticamente toda la población española y que, por tanto, se cumple el requisito de cercanía territorial al ciudadano que se especificaba en la caracterización antes citada sobre los servicios sociales de primer nivel.

⁶ Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Dirección General de Servicios Sociales y Dependencia. Op. Cit. Pág. 36.

⁷ Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Dirección General de Inclusión Social. «*El Sistema Público de Servicios Sociales. Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales en Corporaciones Locales 2003-2004*». Pág. 30. Disponible a fecha abril de 2006 en: <http://sociales.mtas.es/SGAS/ServiciosSocDep/ServiciosSociales/PlanConcertado/Memoria.pdf>

⁸ Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Dirección General de Inclusión Social. Op. Cit. Pág. 35.

TABLA 1. Evolución de la financiación de los servicios sociales de atención primaria a través del Plan Concertado 1988-2003

AÑOS	MTAS*	CC.AA.*	CC.LL.*	TOTAL*
1988	9.009	11.491	14.532	35.032
1989	15.025	23.836	32.978	71.839
1990	33.056	42.480	52.420	127.956
1991	45.611	58.238	77.591	181.440
1992	49.283	65.048	89.136	203.467
1993	51.765	68.581	129.350	249.696
1994	51.765	78.582	150.554	280.901
1995	60.095	82.188	221.538	363.821
1996	63.190	93.139	227.333	383.662
1997	69.176	99.499	231.208	399.883
1998	72.121	113.652	238.053	423.826
1999	76.786	120.068	254.082	450.936
2000	84.036	130.846	284.435	499.317
2001	89.022	148.446	289.063	526.531
2002	90.802	166.052	327.013	583.867
2003	90.802	183.281	374.096	648.180

* Datos en miles de €.

FUENTE: Elaboración propia a partir de los datos de la Memoria del MTAS: «El Sistema Público de Servicios Sociales. Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales en Corporaciones Locales 2003-2004». Pág. 33.

Adicionalmente, tanto el Estado (a través de la distribución entre entidades sin fin de lucro de los fondos del porcentaje del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas –IRPF– que se destinan a fines de acción social) como las Comunidades Autónomas (a través de subvenciones y convenios con dichas entidades) financian la prestación de servicios propios del nivel primario de intervención social por parte de Asociaciones, Fundaciones, etc. Éstas actúan de forma complementaria y en ocasiones paralela a los servicios de atención primaria prestados por las Administraciones Públicas locales.

10.1.3. Servicios sociales especializados

Respecto al contenido de los servicios sociales de nivel secundario, también denominado especializado o específico, las leyes de servicios sociales han tendido a configurar este segundo nivel por sectores de población agrupados en virtud de un rasgo común (discapacidad, drogodependencia, pertenencia a minorías étnicas, inmigrantes), si bien existe cierta disparidad en cuanto a los «colectivos» mencionados en cada una de las leyes autonómicas de servicios sociales.

Formalmente, en todas las Comunidades se ha atribuido a una Consejería autonómica la responsabilidad de los servicios sociales especializados, bien co-

mo función única, bien junto con otras materias, como la sanidad o el empleo, por ejemplo. Estas Consejerías se han organizado en Direcciones Generales, Servicios, Secciones, etc., dotados de personal especializado, y con competencia en la organización y/o gestión de los servicios y prestaciones para cada uno de los sectores o «colectivos» que su Ley de Servicios Sociales contemplara. A la vez, han organizado estructuras de planificación y coordinación de los servicios sociales especializados en su ámbito territorial, actuando como mediadoras y cofinanciadoras en la distribución de los fondos de los Planes Sectoriales estatales entre los municipios. Además, muchas Comunidades disponen de servicios y centros propios (transferidos desde la Administración central o creados por la propia Administración autonómica) cuya organización y gestión ejercen directamente, con su sistema propio de solicitud, baremo de acceso y adjudicación de plazas.

Simultáneamente, muchas Corporaciones Locales, en virtud de su capacidad de gestión o respondiendo a la atribución de responsabilidades recogida en la Ley de Servicios Sociales de su territorio, han promovido la creación de equipamientos y servicios de nivel especializado (como residencias, centros de estancias diurnas o centros de atención temprana), que se gestionan en su ámbito municipal.

Además, en este nivel de intervención goza de gran importancia la iniciativa social por parte de organizaciones de afectados y de entidades sin fin de lucro. Éstas, contando en ocasiones con financiación (total o parcial) pública (estatal, autonómica y/o local) han puesto en marcha centros, servicios y prestaciones especializados como respuesta a una necesidad concreta (centros de acogida de inmigrantes, centros ocupacionales para personas con discapacidad, servicios de respiro familiar para familiares de enfermos de Alzheimer...). En ocasiones se han establecido fórmulas de financiación pública de los servicios (convenios, concierto de plazas...) que han implicado la homogeneización de los sistemas de organización y gestión, incluidos los requisitos y modos de acceso a las prestaciones. Pero en otras ocasiones actúan de forma autónoma y, aún recibiendo anualmente subvenciones parciales al coste de los servicios, se rigen por un sistema organizativo y gestor propio.

Tampoco podemos olvidar que determinados sectores de población se han convertido en clientes deseables para el mercado, por lo que cada vez más se ofrecen recursos privados por parte de entidades lucrativas. Éstas tienen la obligación de adecuarse a los requisitos de características y funcionamiento que establezca la Comunidad Autónoma donde se enclaven (si es que tales requisitos están fijados) e igualmente deben someterse a las inspecciones correspondientes.

A ello hay que añadir (aunque la cuestión de la coordinación entre el sistema de servicios sociales y el resto de sistemas públicos se trata en otro capítulo) que otros sistemas de protección social disponen de los mismos servicios para determinados grupos de población. Así, por ejemplo, en algunas Comunidades los centros y servicios de atención temprana para menores de 6 años con discapacidad o en riesgo de padecerla dependen de la Consejería responsable

en materia de servicios sociales; pero simultáneamente, la Consejería responsable de Educación presta atención temprana a los menores escolarizados, a partir de los 3 años.

10.2. CUESTIONES ACERCA DE LOS MODELOS ORGANIZATIVOS ACTUALES

10.2.1. Problemas derivados de la competencia exclusiva de las Comunidades Autónomas

La actual organización de los servicios sociales como competencia exclusiva de las Comunidades Autónomas provoca una serie de situaciones que repercuten en el bienestar de los ciudadanos.

En concreto, podemos referirnos, en primer lugar, a la desigualdad territorial que se produce en función del lugar de residencia, ya que los individuos y familias gozan de distinto grado de protección social por parte de los servicios sociales según su Comunidad de asentamiento. Por ello, no es extraño encontrar que un mismo servicio o prestación sea universal y gratuito en una Comunidad y no sea cubierto sino a través de ayudas parciales individuales (previa prueba de carencia de recursos propios) en otra. Ello puede inducir a cambios de residencia voluntarios aunque no deseados, en busca de los recursos necesarios para un determinado individuo o familia.

En segundo lugar, es necesario resaltar la cuestión de la ruptura de la continuidad de cuidados y apoyos en los casos de traslado de lugar de residencia a otra Comunidad Autónoma, puesto que un aspecto habitualmente no contemplado en las leyes de servicios sociales autonómicas es la colaboración entre las diferentes Comunidades para el abordaje de situaciones que superen sus respectivos ámbitos territoriales o para los casos de ciudadanos que requieran intervenciones que impliquen a diferentes Comunidades. De hecho, y aunque todas las leyes de servicios sociales hablen genéricamente de la colaboración con otras entidades (sin especificar cuáles sean éstas), sólo cuatro contemplan esta cuestión de forma expresa. Cataluña (Decreto Legislativo 17/1994) y el País Vasco (en la Ley 6/1982, pero no en la 5/1996) mencionan expresamente el mantenimiento de relaciones con los entes y órganos de otras Comunidades Autónomas que trabajen en este campo. La Ley de Baleares (Ley 9/1997) concreta más, pues atribuye al Gobierno balear las relaciones y coordinación con organismos de otras Comunidades autónomas competentes en la materia. Pero sólo la Ley valenciana (Ley 5/1997) considera competencia de la Generalitat propiciar convenios de cooperación y conciertos con entidades estatales y autonómicas para el cumplimiento de los objetivos legales, haciendo así expresa la potestad de que gozan las Comunidades para el establecimiento de convenios de colaboración con otras Comunidades en los términos del artículo 145 de la Constitución de 1978 y en virtud de sus respectivos Estatutos de Autonomía.

Por último, es necesario indicar que, en muchos casos, las diferencias en los modelos organizativos entre las distintas Comunidades Autónomas, en la do-

tación de personal especializado y en la relevancia de que se dota a cada sector suelen responder más a la sensibilidad política hacia unos determinados «colectivos» (y a la capacidad de presión política y mediática de éstos) que a un estudio riguroso de las necesidades de la población.

10.2.2. Problemas en los servicios sociales de atención primaria

En lo que se refiere al nivel primario de atención, la asunción de la responsabilidad sobre el primer nivel de atención por parte de los municipios fue muy desigual, unos con gran iniciativa incluso adelantándose a las leyes autonómicas de servicios sociales (como Barcelona, cuyo ejemplo seguirían otros como Zaragoza y Fuenlabrada) y otros a expensas de la labor promotora (y financiadora) de las Comunidades Autónomas y de la Administración General del Estado.

La falta de obligatoriedad para una gran parte de municipios [según Castillo Blanco y Barranco Vela «aproximadamente el 80% de los municipios no prestarían (no estarían obligados a prestar) servicios sociales»⁹] y la frecuente pasividad de éstos en dicha materia, fue la causa declarada para el surgimiento de la acción de la Administración Central con el fin de promover las prestaciones básicas de servicios sociales en los municipios, a través del Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales en Corporaciones Locales. Dicho Plan se inicia en 1988 y continúa hasta la actualidad, con el objetivo de llevar la oferta de los servicios sociales considerados básicos a toda la población.

No obstante, el hecho de que el Plan Concertado se concrete en dotaciones presupuestarias a expensas de las cuales se firman anualmente convenios de colaboración entre las partes (con la co-financiación del Ministerio, de las Comunidades y de las propias Corporaciones Locales), coloca a las entidades locales en situación de inseguridad financiera, ya que la dotación económica anual está en función de la disponibilidad presupuestaria para cada uno de los ejercicios, sin garantía de cobertura de las prestaciones sociales que los usuarios requieran. De esta forma, se hace recaer la responsabilidad de la prestación de servicios sociales de primer nivel sobre las Corporaciones Locales sin dotarlas simultáneamente de instrumentos estables y suficientes de financiación. De hecho, la transferencia de responsabilidad ejecutiva a los entes locales no siempre ha ido acompañada de la dotación presupuestaria suficiente para garantizar dicha función¹⁰. Ello tiene una especial incidencia en la estabilidad de los servicios que reciben los ciudadanos en este primer nivel, ya que no es infrecuente que de un ejercicio presupuestario para otro vean reducidas, por ejemplo, las horas de prestación del servicio de ayuda a domicilio debido a insuficiencia presupuestaria.

⁹ Citado en Casado, D. y Guillén, E. «Manual de Servicios Sociales». Ed CCS, Madrid, 2001. Pág. 225.

¹⁰ Al respecto, es interesante la evolución de la financiación del Plan Concertado que se recoge en el documento de García Herrero, G. (rel.) «Ideas, argumentos y propuestas sobre los servicios sociales, la autonomía personal y la protección a las personas en situación de dependencia», editado por la Asociación de Directores y Gerentes de Servicios Sociales, el Ayuntamiento de Alcorcón y el Colegio Oficial de Trabaja-

En lo que se refiere a la adecuación cualitativa de la oferta, la Memoria antes citada del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales nos informa¹¹ de que si en 1988 se dedicaba un 30% del presupuesto total del Plan a prestaciones y un 56% a personal de plantilla, la previsión inicial para el año 2004 era dedicar un 55% a prestaciones y un 39% a dicho personal.

TABLA 2. Evolución de personal de plantilla, usuarios y presupuesto para prestaciones de los Centros de Servicios Sociales

AÑO	PERSONAL PLANTILLA	USUARIOS DE CSS	RATIO USUARIOS POR PROFESIONAL	PRESUPUESTO EN PRESTACIONES	RATIO PRESTACIONES POR PROFESIONAL
1988	1.834	Sin datos	Desconocida	9.623.003 €	5.247 €
1990	4.987	1.004.176	201	45.129.830 €	9.049 €
2003	10.426	3.969.860	381	355.870.087 €	34.133 €

FUENTE: Elaboración propia a partir de los datos de la Memoria del MTAS: «El Sistema Público de Servicios Sociales. Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales en Corporaciones Locales 2003-2004».

De hecho, y tal y como se refleja en la tabla 2, el volumen de usuarios para cada profesional de plantilla ha pasado de 201 en 1990 (primer año para el que se dispone de datos de usuarios) a 381 en 2004. Y si en 1988 cada profesional gestionaba una media de 5.247 € en prestaciones, en 2003 la cantidad media gestionada por profesional fue de 34.133 €. Es decir, en tanto el volumen de trabajo (el diagnóstico, prescripción, gestión, coordinación, supervisión y evaluación de la atención y prestaciones) ha aumentado considerablemente debido al incremento en la cobertura poblacional y al mayor volumen de prestaciones disponible, el presupuesto destinado a personal¹² ha experimentado proporcionalmente un notable descenso. De ello sería posible deducir, a falta de otros datos, un gran incremento en la carga de trabajo de los profesionales de atención primaria de servicios sociales. Profundizaremos en esta cuestión más adelante.

La extensión de los servicios sociales de atención primaria por todo el territorio español citada en el apartado 1.2 de este capítulo no significa, sin embargo, que todos los ciudadanos tengan las mismas oportunidades reales de acceso a los servicios. En muchas ocasiones, los criterios organizativos prevalecen sobre los técnicos. Es decir, la posibilidad de encajar el domicilio del usuario en el itinerario del profesional que presta el servicio, para rentabilizar el coste de la

dores Sociales de Madrid. Madrid, 2005.

¹¹ García Herrero, G. (rel.) Op. Cit. Pág. 35.

¹² Dado que el personal correspondiente a la ejecución directa de los programas (es decir, auxiliares de ayuda a domicilio, etc.) se imputa como prestaciones, y no como personal, aquí nos referimos únicamente a los profesionales denominados en la Memoria «de plantilla», para diferenciarlos de los «de pres-

prestación, se antepone a la necesidad del usuario de recibir un determinado servicio. Así mismo, la cercanía o lejanía territorial respecto al centro organizador (habitualmente situado en la sede del municipio o entidad gestora supramunicipal- mancomunidad de municipios por ejemplo) condiciona la posibilidad de recepción de asistencia. Así, los ciudadanos que residen en puntos alejados o de difícil acceso respecto a la sede organizativa tienen menores posibilidades de recibir atención (o al menos la intensidad de atención requerida) que las personas domiciliadas en lugares más próximos o de más fácil acceso.

Tampoco todos los municipios cuentan con todas las prestaciones y recursos propios del primer nivel, ya que la participación en el Plan Concertado es voluntaria para las Comunidades Autónomas (aunque el País Vasco y Navarra, por su régimen especial, están excluidas) y, dentro de las que toman parte, también es voluntaria la participación para los municipios, que incluso pueden seleccionar qué programas asumen y cuáles no. De esta forma, no todos los municipios ofrecen las mismas prestaciones, ni con la misma intensidad y régimen. Así, tomando como ejemplo el servicio de ayuda a domicilio: éste no está disponible en todas las localidades; los criterios de acceso no son siempre los mismos; en unos municipios es gratuito y en otros existe copago en función del nivel de renta personal (e incluso en ocasiones de renta familiar, incluyendo la de los hijos no residentes en el mismo domicilio); y varían los horarios de disponibilidad del servicio (algunos municipios lo prestan los fines de semana y otros no). Hemos de decir que algunas Comunidades, aunque no todas, han realizado una labor homogeneizadora a través de Decretos¹³ que regulan, para todo su territorio regional, la gestión de esta prestación. Y, por supuesto, la heterogeneidad es aún mayor si se analizan Comunidades diferentes.

Al mismo tiempo, para servicios presuntamente especializados puesto que se dirigen a un grupo social concreto, algunas Comunidades Autónomas han puesto en marcha Departamentos de atención (Oficinas de atención a inmigrantes u Oficinas de atención a personas con discapacidad, por ejemplo) que se superponen a la labor de información y orientación propia del nivel primario, duplicando este servicio. Esto supone que, en algunos casos, no haya una sola puerta de entrada a servicios sociales básicos y pueda provocar desorientación al usuario.

Esta diversidad en la organización y gestión de los servicios sociales de atención primaria incide en la calidad de vida de los ciudadanos. Para ejemplificar esta cuestión, podemos contemplar el caso de una persona mayor en situación de dependencia severa que conviva de forma rotativa con sus dos hijas, ambas ya de avanzada edad y con problemas de salud y ausencia de familiares de apoyo. En el municipio de la primera, recibe la prestación de ayuda a domicilio, ya que reside en una localidad pequeña en la que existe disponibilidad inmediata del servicio; sin embargo, la segunda hija vive en una ciudad de mediano ta-

taciones».

13 Por ejemplo, el Decreto 124/2002, de 11 de octubre, por el que se regula la prestación de Ayuda

maño de la misma Comunidad Autónoma, en la que la lista de espera para la recepción de este servicio alcanza los 300 casos y que además exige como requisito el empadronamiento previo del beneficiario. Por tanto, dada una misma situación de necesidad de un recurso considerado básico, en un municipio se proporciona el servicio y en el otro no (por cuestiones organizativas), creando una desigualdad y agravio comparativo que puede causar, entre otras cuestiones, que la primera hija, que cuenta con algún apoyo público, asuma el cuidado de la madre al completo, sin los períodos de descanso que suponía la atención por la otra hermana, con las secuela previsibles de empeoramiento de su salud, sobrecarga emocional y aislamiento social. La alternativa puede ser un ingreso residencial, ni deseado ni deseable.

Adicionalmente, como hemos mencionado anteriormente, tanto el Estado (a través del conocido como 0'5 % del IRPF- que se destina a fines de acción social) como las Comunidades Autónomas (a través de subvenciones y convenios) financian la prestación de servicios propios del nivel primario de intervención social por parte de entidades sin fin de lucro. Éstas actúan de forma complementaria y, en ocasiones, paralela a los servicios de atención primaria prestados por las Administraciones Públicas locales. Por ello, no es extraño encontrar que, en algunas localidades, los servicios de información y orientación, la ayuda a domicilio o la labor de prevención de la marginación social son prestados simultánea o alternativamente por la Corporación Local y/o por una entidad privada sin fin de lucro financiada (al menos parcialmente) con fondos públicos. Esto da lugar a duplicidades en los lugares donde no se actúa de forma coordinada entre ambas instancias gestoras, así como a importantes desigualdades en función de quién sea el órgano gestor de la prestación. De hecho, en una misma localidad se pueden producir importantes diferencias en el contenido, horarios e intensidad del servicio, así como en los requisitos de acceso al mismo, si el ciudadano obtiene la prestación por parte de la Administración Pública o de la entidad privada sin fin de lucro subvencionada con fondos públicos que actúe en su zona geográfica.

10.2.3. Problemas en los servicios sociales de atención especializada

En lo que se refiere al nivel secundario o especializado de servicios sociales, hay que tener en cuenta que la estructuración del sistema por colectivos que se realizó en casi todas las Comunidades Autónomas en las primeras leyes de servicios sociales implicó en muchos casos una visión totalizadora. Ésta implicó que la gran mayoría de las necesidades de esos colectivos¹⁴ fueran abordadas desde el ámbito social¹⁵, sobrecargando al sistema de servicios sociales, desbordando su ámbito de intervención y quebrando el principio de normalización

a Domicilio en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. BORM 245 de 22 de octubre de 2002.

14 Por ejemplo, las personas con discapacidad.

15 Siguiendo con el ejemplo, el empleo, la formación, la inserción laboral, el transporte adaptado, la adaptación del entorno, la habilitación y rehabilitación infantil –atención temprana– se asumieron desde los

enunciado en las Leyes.

Esta misma estructuración por colectivos impone, en ocasiones, una división formal de los recursos disponibles para cada uno de ellos que no responde a las necesidades reales de los ciudadanos, sino a criterios meramente organizativos e inflexibles que impiden el acceso a recursos necesarios.

Por otra parte, encontramos que, dentro de una misma Comunidad Autónoma, una misma labor es abordada por organismos diferentes que ejercen actividades similares o paralelas, que dependen de una misma Consejería pero que no se coordinan entre sí. No se trata tanto de una indefinición formal de las funciones de cada organismo o departamento, sino de una inadecuación de los procesos de gestión, que carecen de la fluidez comunicativa necesaria para evitar estos fallos. Esta falta de comunicación se produce igualmente respecto a los servicios especializados dependientes de otros niveles administrativos (en concreto, de las Corporaciones Locales), y determinadas rigideces administrativas (por ejemplo el requisito de empadronamiento en una localidad concreta para acceder a determinados servicios municipalizados) impiden el acceso del ciudadano a servicios necesarios para su adecuada atención.

10.2.4. Problemas para el ciudadano

Como hemos visto, el ciudadano se enfrenta a:

- **Discontinuidad en la atención por dificultades en la colaboración inter-autonómica.** Así, un ciudadano que, por cualquier causa, decida trasladarse a otra Comunidad, tendrá que iniciar todos los trámites necesarios para obtener los recursos y apoyos que precise por parte de los servicios sociales de su lugar de llegada, teniendo en cuenta además que gran parte de las Comunidades exigen, para la recepción de determinados servicios, requisitos de plazo previo de empadronamiento. Por ello, se producen vacíos asistenciales que repercuten negativamente en la calidad de vida de los ciudadanos.
- **Desarraigo del medio habitual:** las diferencias en función de su territorio de residencia en la disponibilidad de los servicios que precisa, implica, en ocasiones, traslados de localidad indeseados. Como muestra tenemos que, según la Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999 del Instituto Nacional de Estadística, más de 16.000 personas con discapacidad mayores de 6 años (no están disponibles los datos para menores de 6 años) han trasladado su domicilio debido a la mayor disponibilidad de recursos sanitarios y sociales en el lugar de llegada¹⁶. Esta situación supone un desarraigo del entorno habitual, en ocasiones cambios laborales para otros miembros de la fa-

servicios sociales, y no desde las áreas de trabajo, educación, transportes, urbanismo y vivienda o sanidad.

16 INE. «Personas con alguna discapacidad de 6 años en adelante que han cambiado de residencia como consecuencia de padecer discapacidad por razón principal que motivó el cambio». Encuesta de Dis-

milia y escolares para los menores; en suma, un conjunto de consecuencias indeseadas para los ciudadanos. Igualmente, son numerosas las personas mayores o con discapacidades muy severas que, para acceder a los servicios especializados que precisan para su adecuada atención, tienen que trasladarse a lugares en ocasiones bastante alejados de su entorno habitual y de sus familiares próximos.

- **Diferencias en la posibilidad de acceso:** ya que residir en distinta localidad, incluso dentro de una misma Comunidad Autónoma, supondrá tener la posibilidad de recibir el servicio precisado de forma inmediata o entrar en lista de espera; poder optar a un servicio alternativo o no; para un mismo nivel de renta, ser excluido del acceso, tener que participar en el pago o recibir el servicio de forma gratuita. Por otra parte, e independientemente de la cuestión de la participación de los usuarios en la financiación de los costes de algunos servicios considerados básicos, no se puede afirmar que los mismos cumplan con la característica que el documento anteriormente citado del MTAS¹⁷ les atribuía de universalidad, y que los concebía como *«dirigidos a toda la población con independencia de sus características sociales o demográficas»*. Es un hecho la existencia de listas de espera (de las que nunca se sale, porque nunca llega el turno de ser atendido, pues siempre aparecen casos más urgentes) para el acceso a algunos de estos servicios (ayuda a domicilio, entre otros), así como la utilización de baremos que tienen en cuenta el nivel de renta familiar (característica social) para excluir a algunos solicitantes de la prestación del servicio.
- **Ausencia de posibilidad de elección:** puesto que cada Comunidad y sus respectivos municipios optan de forma voluntaria por la prestación de unos determinados servicios y no de otros, el usuario tiene que acomodarse, no a lo que realmente necesita, sino a lo que de hecho se oferta. Así, supongamos el caso de un usuario con principio de Alzheimer que sólo tenga la opción de acudir al Centro de Día municipal (en el que se siente incómodo, al tener que compartir espacios con personas con mucho mayor grado de deterioro que él porque le recuerda constantemente cuál va a ser su propia evolución, lo cual a su vez acentúa su estado depresivo) en lugar de tener un acompañante durante las horas necesarias, servicio que en otra Comunidad o incluso en otra localidad de su propia Comunidad sí existe.
- **Pérdida de oportunidades por falta de información:** el insuficiente número de profesionales en la atención primaria provoca que en numerosos casos actúen a demanda, es decir cuando el ciudadano acude a ellos con una solicitud concreta. Pero, con los medios actuales, a muchos Centros de Servicios Sociales les resulta materialmente im-

capacidades, Deficiencias y Estado de Salud. INE 1999. Disponible en agosto de 2006 en www.ine.es

¹⁷ Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Dirección General de Servicios Sociales y Dependencia. *«Servicios Sociales de Atención Primaria. Catálogo de Prestaciones»*. Disponible en mayo de 2006 en:

posible realizar una labor de seguimiento adecuado de los casos y de asesoramiento permanente. Ello se traduce para los ciudadanos en la falta de acceso a recursos idóneos debido a la insuficiencia de información.

- **Penalización por la existencia de redes naturales de relación social:** es posible encontrar baremos de acceso a servicios de atención según los cuales la presencia de apoyos familiares es causa, si no de exclusión, al menos de una intensa penalización en la puntuación. Con ello se consolida el círculo vicioso de atadura de una o varias personas de la familia a la dispensación de atención a la persona necesitada por falta de apoyos externos, y falta de apoyos externos por existencia de un cuidador familiar. Esta situación perpetúa la imposibilidad de los cuidadores de acceder a otras opciones vitales y, en ocasiones, produce un deterioro de las relaciones afectivas, coloca a la persona precisada de cuidados en situación de subordinación-sumisión respecto al cuidador y acentúa sentimientos de culpabilidad.
- **Dependencia de criterios organizativos y no de las necesidades:** si el ciudadano no dispone de medios propios para financiarse una atención que se ajuste a su perfil, tendrá que amoldarse a los horarios establecidos, como acostarse a las 7 de la tarde porque es la última hora en la que el auxiliar de ayuda a domicilio atiende, incluso en verano, con la pérdida de oportunidades de participación y normalización que ello implica.
- **Primacía de la gestión sobre la realidad:** la ¿inevitable? tendencia a la burocratización de los procesos implica la dependencia de plazos temporales en ocasiones muy perjudiciales para el usuario, que ve limitada su posibilidad de acceso a un servicio porque no es el momento para solicitarlo. Es como si, ante una fractura de cadera producida en octubre, el usuario del sistema sanitario tuviera que esperar a febrero para que lo atendiesen, porque el plazo para solicitar atención terminó el 30 de septiembre para el año en curso. Si este ejemplo nos resulta inconcebible ¿por qué no lo resulta cuando hablamos de asear en su domicilio a alguien que no puede hacerlo solo?
- **La multiplicidad:** de fuentes de recursos, diferencias en los requisitos, diversidad de modalidades de acceso y diferencias no siempre claras en la oferta. El usuario del nivel especializado encuentra una multiplicidad de recursos similares que con frecuencia exigen diferentes vías y requisitos de acceso, son gestionados por entidades diferentes y no coordinadas entre sí y presentan un modelo diferente de prestación del servicio. Por ello, no resultaría imposible el caso del usuario «avisado» (en este caso sus padres) que reciba atención temprana en un centro municipal (financiado mediante concierto de plazas con un órgano directivo de la Consejería competente en Servicios Sociales), a la vez en un centro privado perteneciente a una Asociación de padres (financiado mediante subvención por otro órgano directivo de

dicha Consejería) y también en una escuela infantil (financiada o gestionada por la Consejería competente en Educación). Y tampoco resultaría imposible el caso contrario, el de aquel que está en lista de espera en alguna de estas entidades e ignora que existen otras vías de acceso al servicio que precisa. Esta multiplicidad hace necesaria una capacidad de recabar y utilizar la información que no es real para la mayoría de ciudadanos que precisan atención social. Puesto que no todos disponemos de un hijo, una esposa o un vecino voluntarioso capaz de conocer, y hábil para recorrer, las múltiples instancias y organismos prestadores de servicios (y con tiempo para ello), muchos ciudadanos se pierden en ese «proceloso mar de los trámites y del procedimiento», como lo llamó un experto jurista.

- **Peregrinación de una instancia a otra para realizar las diversas solicitudes:** ya que la actual organización departamental divide la vida del individuo en compartimentos estancos, en los que cada Servicio o Departamento gestor atiende exclusivamente los asuntos de su competencia con celo, en doble sentido: «cuidado y diligencia al realizar una tarea», y, por desgracia, también «recelo de que otro alcance lo propio». Ello dificulta, si no impide, el abordaje holístico, global, integrado y sistémico, como debería ser según las características propias del Trabajo Social.
- **Discontinuidad en la gestión de la oferta de servicios:** enlazando con el punto anterior, con frecuencia encontramos que no suele existir una «planificación de la intervención», al ser los distintos servicios propios del nivel primario o del nivel especializado, por depender de una entidad u organismo o de otro. Por ello, cada prestación actúa de forma aislada e inconexa con las demás, provocando en ocasiones superposición y en ocasiones lagunas de desatención. Y en este ámbito es cuando se requiere de nuevo la intervención de los servicios sociales de atención primaria, mediante la labor de información y orientación y mediante la tarea de seguimiento (gestión o gerencia de los casos). Porque navegar por este mar de recursos requiere una información, unos conocimientos y una capacidad que no todos los ciudadanos poseen. Sin embargo, ya hemos tenido ocasión de observar, en el apartado dedicado a la atención primaria, que el creciente volumen de trabajo que reciben los Centros de Servicios Sociales no va acompañado de un incremento proporcional del número de profesionales. En esta situación, es habitual la queja de los técnicos «de a pie» en el sentido de que carecen de tiempo material para hacer algo más que la mera atención directa a las demandas explícitas de los usuarios; a veces, ni siquiera tienen tiempo y ocasión para realizar visitas domiciliarias so-

<http://www.mtas.es/SGAS/ServiciosSocDep/ServiciosSociales/Sistema/Catalogo.htm>.

18 A este respecto, resulta de gran interés el debate que, a fecha agosto de 2006, sigue activo en la página Web del INTRESS sobre «¿El Trabajo Social hacia un taylorismo burocratizado?», y que recomenda-

segadas, que permitan una verdadera comunicación y detección de problemas latentes; ni para conocer a fondo a los usuarios y elaborar, junto con éstos, planes de actuación¹⁸ integrales; mucho menos para la promoción y el desarrollo comunitario. Del mismo modo, la organización y gestión de cada uno de los servicios y prestaciones, tanto de nivel primario como especializado, se suelen llevar a cabo en unidades administrativas centralizadas, con las que los profesionales de atención directa habitualmente tienen una relación meramente burocrática (envío de solicitudes y recepción de información sobre los casos «aprobados» y «denegados»). Además, estas unidades administrativas centralizadas no suelen estar comunicadas entre sí en lo que se refiere a la resolución de expedientes. Por ello, es posible que diversas solicitudes de un mismo usuario para diferentes servicios o prestaciones se resuelvan de forma totalmente independiente y descoordinada y, en ocasiones, incluso con incoherencias, puesto que en gran parte de lugares no hay ningún profesional encargado de armonizar el conjunto de recursos para cada uno de los usuarios.

- **Falta de cauces formales de coordinación entre instancias de intervención:** cuando la situación requiere la utilización de recursos ajenos (como sería el caso de una mujer maltratada que tiene que cambiar de localidad, incluso de Región, o del menor infractor que tras salir del centro de reforma no debe volver a su entorno de origen), es frecuente que no existan cauces formales de coordinación entre instancias de intervención, lo cual deja al usuario en franca desprotección. No se puede afirmar, con carácter general, que los mecanismos de coordinación intermunicipal estén atribuidos a la Diputación Provincial o a la Comunidad Autónoma, operen siempre con fluidez y eficacia, ya que en muchas ocasiones se practica una inhibición de facto respecto a las que se consideran como competencias exclusivas de cada Ayuntamiento o Mancomunidad. Pero hay que tener en cuenta que la municipalización excesiva puede dar lugar a la quiebra del derecho constitucional de libre circulación y libre residencia reconocido en el artículo 19 de nuestra Carta Magna, y que, con ella, se compartimentan territorialmente determinadas prestaciones haciendo caso omiso a la realidad personal y social de los usuarios.

10.2.5. Por qué una reforma

Como hemos ido viendo a lo largo de esta exposición, nos encontramos con unos servicios sociales heterogéneos en su configuración, fragmentados en su prestación y en muchas ocasiones descoordinados entre sí en un mismo ámbito territorial y respecto al resto de ámbitos territoriales del país. En ellos, el ciudadano no suele recibir una atención integral, coordinada, centrada en el usuario, que promueva su autonomía; siguen primando el asistencialismo, las intervenciones puntuales y reactivas, así como la subsidiariedad respecto a las

redes naturales de relación social.

Sin embargo, los intensos cambios sociológicos que la sociedad española está experimentando incluyen:

- un notable cambio en la pirámide de población, que muestra un proceso de envejecimiento poblacional considerable y en aumento, a la vez que una disminución del volumen de las nuevas generaciones, con las repercusiones económicas y sociales que ello implica;
- una tendencia hacia el decremento de las estructuras familiares tradicionales, sustituidas por nuevos modelos de familia con menor capacidad de dispensar apoyo o atención prolongada a alguno de sus miembros;
- aumento de la dispersión geográfica de las redes familiares, favorecida por la movilidad laboral que se promueve institucionalmente;
- crisis de recursos como la solidaridad vecinal tradicional.

Simultáneamente, cada vez se considera con mayor intensidad:

- la responsabilidad del apoyo a los ciudadanos como una obligación de los poderes públicos;
- el valor de la seguridad (que incluye la seguridad de ser apoyado en momentos de crisis), que se ha convertido en una exigencia creciente;
- la calidad de vida, que se percibe como un bien preciado y dotado de contenidos cada vez más amplios.

Pero además, tenemos que tener en cuenta el impacto previsible que, sobre este modelo de organización y gestión, va a tener la implantación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (en adelante, LAPAD).

En primer lugar, la Ley concibe como derechos subjetivos aquellos que reconoce a los sujetos que sean declarados beneficiarios de la misma, en virtud de criterios objetivos y unificados para todo el territorio nacional. Ello implica que el acceso al servicio o prestación no podrá venir condicionado, como hasta ahora, por la disponibilidad presupuestaria y por criterios organizativos¹⁹, sino por la condición objetiva de beneficiario del Sistema Nacional de Atención a la Dependencia. En este sentido, las Administraciones titulares de los diferentes servicios y prestaciones que la Ley prevé en su carta de servicios (y que, si analizamos el catálogo de la Ley, son casi exclusivamente servicios sociales) van a tener que realizar un considerable esfuerzo no sólo financiero, sino de organización interna y coordinación externa, así como de agilización administrativa, para asumir el reto que la implantación de la Ley va a suponer.

La previsión legal de redacción de Planes Individualizados de Atención

mos leer a cualquiera interesado en el tema. Disponible en www.intress.org

¹⁹ Como la existencia de un período de carencia para el acceso a los servicios, tras el empadronamiento, tan habitual en muchos municipios y Comunidades Autónomas, para el acceso a las prestaciones

plantea la necesidad de un «continuum» entre la atención primaria y la especializada. El objetivo es que las intervenciones no estén fragmentadas, se cuente con la participación del usuario en la asignación de recursos y se mantenga a éste en su entorno habitual, siempre que sea posible.

En este sentido, resulta de gran relevancia la iniciativa de la Ley de Servicios Sociales 11/2003 de la Comunidad de Madrid, por la que se reconoce como derecho a los ciudadanos *«la asignación de un profesional de referencia que asegure la coherencia y globalidad del proceso de atención»* (art. 4.e). Este profesional, tratado en el artículo 25 de dicha Ley, *«será el encargado de canalizar los distintos apoyos que precise cada persona, asegurando la globalidad e integridad de las intervenciones, así como la adecuada aplicación de los recursos»*. Según la misma, en el momento de acceder al sistema público de servicios sociales, se asignará a cada usuario un profesional de referencia, que será un trabajador social en el nivel de atención primaria o el miembro del equipo multidisciplinar que se determine en el nivel especializado. También se prevé la coordinación entre los profesionales de referencia de uno y otro nivel en los casos en que el usuario lo sea de ambos.

Si bien la Comunidad de Madrid ha sido la primera en establecerlo a nivel legal, ya existen experiencias previas de este tipo de profesionales de referencia. Este es el caso del programa de acompañamiento para la inclusión social²⁰ que la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia comenzó a desarrollar en el año 2003 de forma experimental, y que en la actualidad se encuentra en proceso de extensión y consolidación, aunque no destinado a toda la población usuaria de servicios sociales, sino sólo a determinados sujetos en situación o riesgo de exclusión.

Aunque se ha mencionado ya en un párrafo anterior, debemos resaltar el papel que la LAPAD otorga a la participación del usuario y su familia en la elaboración del Plan Individualizado de Atención. Como nos recuerda Pilar Rodríguez²¹, *«tanto la persona en situación de dependencia como aquella identificada como cuidadora principal han de participar activamente en los apoyos formales [...] comenzando por la propia elaboración del programa individualizado de atención»*. En este sentido, se debe producir un cambio de mentalidad en las estructuras administrativas que flexibilice la prescripción de recursos y cuente con las necesidades subjetivas y las preferencias del usuario. Del mismo modo, y como continuación del párrafo expuesto, Rodríguez dice *«[...] Igualmente, desde los servicios formales deben evaluarse las necesidades de los cuidadores/as informales para diseñar y ejecutar diferentes programas de apoyo dirigidos específicamente a los mismos»*. En efecto, es imprescindible, si se quiere apoyar el modelo comunitario e integrador de atención, proporcionar a los cuidadores habituales recursos de apoyo y respiro. Ello hará posible compatibilizar la provisión de cuidados y apoyos a la persona en situación de dependencia funcional con su

sociales.

20 Disponible en <http://www.carm.es/ctra/contenido.asp?id=780>

21 Rodríguez Rodríguez, P. *«El sistema de servicios sociales español y las necesidades derivadas de*

propio desarrollo personal, laboral y social.

Sin embargo, la Ley precisará de un notable desarrollo reglamentario. Las modalidades de sus servicios, la intensidad de las prestaciones y la concreción financiera de su extensión, entre otras materias, dependerán de acuerdos políticos en el seno de la Conferencia Territorial prevista en la propia Ley. Por ello nos limitaremos a formular unas recomendaciones genéricas respecto a la organización y gestión de los servicios sociales en general, tratando de no abordar terrenos políticamente delicados (como la distribución de competencias o la financiación, que desbordan con mucho los límites de este trabajo).

10.3. ALGUNAS PROPUESTAS PARA LA MEJORA DE LA ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES

10.3.1. Algunas propuestas de organización y gestión

10.3.1.1. Fundamentos de las propuestas:

Las distintas leyes de servicios sociales vigentes recogen una serie de principios relacionados con la organización y gestión que fundamentan (o deberían fundamentar) los sistemas organizativos actuales. Algunos de los principios declarados que afectan a esta materia serían:

- Colaboración con la iniciativa privada sin ánimo de lucro y fomento del voluntariado, así como reconocimiento de la iniciativa privada con ánimo de lucro.
- Coordinación.
- Descentralización y desconcentración.
- Eficiencia.
- Responsabilidad pública.
- Simplificación, racionalización y eficacia.

Estos principios son la operativización de otros fundamentales referidos a las personas y que también se recogen en las mencionadas leyes:

- Atención personalizada e integral.
- Globalidad y trato personalizado.
- Igualdad y universalidad.
- Normalización e integración.
- Protagonismo de la persona en todas las intervenciones que afecten a su propio interés y en la gestión de su propio cambio.

Como hemos visto hasta ahora, muchos de los sistemas organizativos actuales no pueden asegurar el cumplimiento de estos principios. En concreto, el principio de descentralización ha operado en muchas ocasiones en detrimento

de la universalidad y la igualdad; la coordinación dentro del propio sistema de servicios sociales no siempre es real, y mucho menos con el resto de sistemas de protección social; la normalización e integración se entienden como reñidas con la eficiencia; la simplificación tiende a restar protagonismo a las personas.

El principio de integración, que va referido al mantenimiento del usuario en el medio social habitual, supone un enfoque comunitario (no confundir el enfoque comunitario, centrado en la comunidad, con los servicios sociales denominados «comunitarios» como sinónimo de «atención primaria») en cuatro aspectos²²:

- **Territorial:** los servicios deben situarse en el entorno próximo de forma que no desarraiguen del entorno habitual de convivencia ni de las relaciones sociales existentes.
- **Estratégico:** que supone la inserción en la comunidad de servicios normalmente segregados (mini-residencias o viviendas con apoyo en el entorno local-zonal en lugar de macro-residencias alejadas del mismo).
- **Metodológico:** usar la comunidad como fuente de recursos y apoyo, disminuyendo así la dependencia de apoyos externos a dicha comunidad.
- **Reformista:** de integración de las diferentes áreas para un abordaje holista y no compartimentado de las personas y sus necesidades.

Ello no significa que las Administraciones locales deban ser titulares de los servicios propios del enfoque comunitario, tanto básicos como especializados. Se puede optar por sistemas de desconcentración autonómica²³, estableciendo mecanismos fluidos de traspaso o compartimiento de usuarios entre ellos, así como de cooperación interinstitucional. La finalidad es promover la integración del individuo en su medio habitual, pero asegurando simultáneamente la continuidad de la atención al usuario y la cobertura de sus necesidades, en la medida de lo posible desde un ámbito local-zonal, independientemente de la titularidad de los recursos.

10.3.1.2. *Propuestas referentes a la organización*

Partiendo del principio de responsabilidad pública, es misión de las Administraciones responsables en la materia la garantía de la adecuada prestación de los servicios sociales a los ciudadanos. Por ello, una de las cuestiones básicas para asegurar muchos de los principios enumerados sería la constitución de auténticos Sistemas Integrados de Servicios Sociales, como los ya existentes (bajo el nombre de «Redes Públicas de Servicios Sociales») en algunas Comunida-

la atención a la dependencia». Ed. Fundación Alternativas. Madrid, 2006. Pág. 29.

²² Casado, D. y Guillén, E. Op. Cit, Págs. 282-283.

²³ Un ejemplo de este sistema es la Red de alcance territorial de los equipos técnicos de la Diputación de Badajoz (Extremadura). Este modelo, a pesar de referirse a la actuación urbanística, es un ejemplo de desconcentración de servicios «centrales» perfectamente exportable a los servicios sociales. En:

des, que incluyan a todas las entidades públicas o privadas (financiadas o no con recursos públicos) que prestan servicios sociales a los ciudadanos. Es importante resaltar la necesidad y oportunidad de que la red que actúe localmente cuente con las entidades de voluntariado y asociaciones que trabajen en la zona, así como con las empresas prestadoras de servicios afines, y actúe de forma coordinada con ellas. Por ello, además de ser necesario que estas redes existan, es igualmente necesario que funcionen efectivamente como redes, con mecanismos adecuados de comunicación, coordinación, derivación y cooperación (a través de convenios, conciertos, contratos de prestación de servicios o cualquiera de las fórmulas legalmente existentes).

En el marco de estas redes coordinadas se insertaría el esquema organizativo que se propone, y que sería el siguiente:

1. **Puerta única de acceso al Sistema**²⁴ a través de una red de lo que hemos denominado **Centros Básicos de Atención Primaria en Servicios Sociales**, en los que se recibiría toda la demanda del sistema, descentralizados y zonificados por zonas geográficas. Esta cuestión, que puede parecer obvia, no lo resulta tanto cuando analizamos las diversas vías de entrada en el sistema (social, sanitaria, educativa, municipal, regional, pública, privada concertada...) existentes actualmente y que suponen la mayor o menor posibilidad de acceso a determinadas prestaciones, dependiendo qué servicio concreto demandemos. En este nivel se situarían los recursos de:

- información, orientación y valoración de casos;
- propuesta de intervención directa o derivación a los que hemos llamado Centros de Recursos Especializados (CRE), si procede;
- recursos para intervenciones puntuales y emergencias;
- prevención social individual y colectiva²⁵;
- promoción y desarrollo comunitario.

Para el ejercicio de estas funciones, cada Centro habría de contar con un equipo multiprofesional suficiente y cualificado.

Para evitar duplicidades y superposiciones, se adjudicaría a cada ciudadano (todos somos usuarios potenciales de los servicios sociales) un **trabaja-**

www.dip-badajoz.es

²⁴ Como ejemplo parcial, el Programa «Formalización de un Sistema de Servicios Personales» en Mollins de Rei (Cataluña). Crea un único circuito de acceso en el área de Servicios Sociales con la finalidad de dar coherencia a las intervenciones mediante la articulación de los servicios personales de todas las áreas de intervención. Supone una intensa reestructuración municipal. Más información disponible en la página Web <http://www.diba.es/bbp/cat/default.htm>

²⁵ Un ejemplo de este tipo de intervención sería el Proyecto «Hola Nadó: acciones de prevención en la primera infancia», del Ayuntamiento de Vilanova i la Geltrú (Cataluña). Está dirigido a realizar una labor de detección y prevención con todos los recién nacidos del municipio (obteniendo los datos del Registro Civil, con permiso judicial), para dar apoyo desde los Servicios Sociales a los padres que lo precisen. Más infor-

dor social de referencia en el Centro que le correspondiese por zona. Estos Centros no tienen por qué restringirse a los Centros de Servicios Sociales actualmente existentes bajo dependencia municipal. Otras entidades, que ahora también realizan algunas o todas las funciones mencionadas, podrían formar parte de la red a través de sistemas de homologación y acreditación. Ello, sin embargo, haría necesario delimitar, según las funciones adscritas a este nivel de intervención, la tipología del equipo de profesionales adecuada para el ejercicio correcto de las mismas. Además, sería necesario un estudio riguroso de las ratios de población por profesional que resultarían óptimas para la eficiencia en la gestión.

2. **Centros de Recursos Especializados (CRE)**²⁶. Éstos agruparían el conjunto de recursos apropiados para cada perfil de necesidades (independientemente de la titularidad administrativa de dichos recursos) para un área geográfica determinada. Han de estar dotados de la suficiente flexibilidad para ser capaces de abordar la cobertura de las necesidades de los usuarios sin rigidez territorial (mediante la coordinación entre CREs) o de perfiles cerrados de usuario. Estos CRE recibirían las derivaciones de los Centros Básicos, en los casos en que el usuario precise el uso de recursos especializados de atención y no sea suficiente una intervención puntual desde el Centro Básico. Al Centro de Recursos Especializados le correspondería la elaboración del Plan Individualizado de Intervención, así como la organización y gestión de toda la atención directa adecuada a cada perfil de necesidades (evitando, no obstante, rigideces formales como requisitos estrictos de edad o similares). Un perfil adecuado de recursos del CRE para, por ejemplo, la promoción de la autonomía personal y la atención a personas en situación de dependencia sería:

- servicio de ayuda a domicilio;
- servicio de atención temprana;
- centro de estancias diurnas;
- centro de atención a la infancia (guardería);
- centro ocupacional;
- servicio de apoyo a la inserción laboral;
- teleasistencia;
- propuesta de prestaciones económicas afectadas a la atención personal;
- servicio de voluntariado;

mación en <http://www.diba.es/bbp/cat/default.htm>.

²⁶ Un antecedente parcial de este modelo podría ser la Agencia de atención a la tercera edad y personas con dependencias del Ayuntamiento de Mataró (Cataluña). Supone la creación de una puerta única de acceso al sistema de atención a las situaciones de dependencia, con garantía de acceso y disponibilidad de los servicios municipales, con la cooperación entre agentes públicos, sociales y empresariales. En

- servicio de respiro familiar en el domicilio;
- servicio de respiro en centros;
- adaptación de la vivienda;
- adquisición o préstamo de ayudas técnicas;
- alojamiento alternativo (mini-residencia, acogimiento familiar temporal o definitivo, vivienda compartida), etc.

A cada usuario derivado se le asignaría un **gestor de caso especializado** en la materia (apoyo a la dependencia, maltrato infantil, proceso de marginación social, etc.) como recurso técnico que actuaría de enlace con el usuario, con su trabajador social de referencia, con el resto de sistemas de protección social, con la comunidad y con el sistema de recursos adscritos al propio CRE. Con el establecimiento de los Sistemas Integrados de Servicios Sociales anteriormente comentados, y mediante sistemas de acreditación y homologación, estos gestores de caso no tendrían por qué pertenecer directamente al CRE; en ocasiones sería adecuado que actuara como tal un profesional de un recurso especializado de atención (por ejemplo, un trabajador del Centro Ocupacional al que el usuario asista). Estos gestores de caso tendrían que estar altamente cualificados en su campo de intervención, para garantizar el abordaje global de las necesidades del usuario.

Como elemento aglutinador, se situarían los **Centros Coordinadores**, órganos responsables de la coordinación, investigación, planificación, promoción y evaluación. Éstos deberían garantizar la calidad mediante la regulación de las características de los servicios y prestaciones, así como a través de las facultades de acreditación, homologación e inspección. Del mismo modo, asegurarían la igualdad en el acceso a las prestaciones en todo su territorio mediante mecanismos de coordinación y reequilibrio. Así mismo, deberían gestionar aquellos servicios que, por su carácter especializado, sean de imposible mantenimiento en el entorno comunitario (como los centros de investigación y referencia, por ejemplo). Igualmente, mantendrían la relación con el resto de ámbitos del sistema público de su territorio (sanidad, educación, urbanismo, etc.) para promover la asunción, por cada uno de ellos, de las competencias que les son propias, asegurando la coordinación suficiente para evitar incongruencias, incompatibilidades y superposiciones de recursos. Del mismo modo, este ámbito habría de asumir, de forma explícita, la coordinación y cooperación inter-autonómica que permita el movimiento fluido de los usuarios por todo el territorio nacional, con mecanismos de derivación suficientes y funcionales que garanticen la continuidad de la atención a los ciudadanos.

10.3.1.3. Propuestas respecto a la gestión

A modo de guía práctica, se expone de forma sintética un modelo de gestión, basado en la organización diseñada en el apartado anterior, aplicable a todo el sistema de servicios sociales, tanto para intervenciones simples como cuando se requieran intervenciones complejas o amplias:

1. Llegada del ciudadano al sistema de servicios sociales a través del Centro Básico de Atención Primaria de Servicios Sociales y atención por parte del **trabajador social de referencia**. Éste debe ser el encargado del análisis de la demanda, la detección de necesidades latentes y potencialidades existentes. En intervenciones simples precisadas de recursos puntuales (un apoyo familiar puntual por intervención quirúrgica de una madre –cabeza de familia monoparental–, por ejemplo), el profesional de referencia deberá tener capacidad resolutoria inmediata para prescribir el recurso adecuado. En casos complejos y procesos de intervención de larga duración que hagan necesario un seguimiento y un apoyo prolongados (frecuentes cuando se trata por ejemplo de personas en situación de dependencia, especialmente en edades jóvenes), realizará la derivación al Centro de Recursos Especializados con una propuesta de adjudicación de un gestor de caso especializado en la materia. Este profesional de referencia participará igualmente en las tareas de intervención comunitaria que se lleven a cabo desde el Centro Básico de Atención Primaria de Servicios Sociales, con el fin de promover la prevención social, el fortalecimiento de las redes sociales comunitarias, la adecuación de los entornos, etc.
2. Llegada del usuario al Centro de Recursos Especializados, derivado por el trabajador social de referencia (en casos excepcionales, de traslado entre Comunidades Autónomas, podría venir derivado desde el Centro Coordinador, como veremos más adelante). Según la naturaleza de la intervención, se asignará un **gestor de caso especializado**, que procederá, conjuntamente con el usuario (si es pertinente), a la valoración de las necesidades y potencialidades y elaborará la propuesta de intervención (Plan Individualizado de Atención - PIA). Esta propuesta de intervención debe incluir todos los recursos necesarios para la adecuada resolución de la problemática detectada. El gestor de caso especializado actuará como guía por todo el sistema, coordinará y organizará el acceso y la prestación efectiva de los servicios prescritos o que se puedan prescribir en las sucesivas revisiones del PIA (de nuevo con la participación del usuario, si procede) para una optimización de los recursos y un seguimiento integral de la cobertura de las necesidades personales y sociales. Esta coordinación implicaría la organización de sesiones de trabajo en las que, junto con el gestor de cada caso, tendrían que participar representantes de los departamentos (propios o ajenos a los servicios sociales) que gestionen cada uno de los recursos implicados, y en las que se concretaría, revisaría y evaluaría, realizando las adaptaciones pertinentes, cada **Plan Individualizado de Intervención**. Esta coordinación ha de incluir también la colaboración, cuando sea oportuna, del tercer sector, elemento fundamental de las redes sociales de apoyo comunitario. El gestor realizará una función de acompañamiento, asesoramiento y apoyo al

usuario, como profesional de enlace para éste y su familia con el entorno comunitario, tanto dentro del sistema de servicios sociales como ante el resto de sistemas de protección social. Todo ello en función de la necesidad y demanda del usuario y promoviendo la mayor autonomía personal posible del mismo. Por ejemplo, si se produjera un ingreso hospitalario, correspondería al gestor de caso (repetimos, siempre en función de las necesidades, capacidades y deseos del usuario) la cooperación con el enclave sanitario para la coordinación de la atención y la planificación del alta o el paso al sistema sociosanitario (hospital de crónicos, atención sanitaria en domicilio, residencia asistida especializada, etc.). Una de las funciones del gestor de caso será mantener informado al profesional de referencia del Centro Básico de Atención Primaria de Servicios Sociales sobre la situación y evolución del caso.

3. En caso de movilidad del usuario entre zonas correspondientes a distintos Centros de Recursos Especializados, se establecerán protocolos de transferencia o compartimiento de cliente, con asignación de un nuevo gestor de caso. Si el traspaso es definitivo, se transmitirá toda la información relevante de uno a otro gestor de caso; si es temporal deberá haber seguimiento por el profesional inicialmente asignado, con coordinación entre ambos profesionales. Esta posibilidad de movilidad, la continuidad de los recursos, así como la coordinación entre las zonas, deben estar garantizadas por los servicios del Centro Coordinador, como hemos expuesto anteriormente.
4. Si el usuario requiriese un servicio muy especializado (nueva revisión por incremento del nivel de dependencia, calificación de minusvalía, ingreso en un Centro de Referencia, traslado a otra Comunidad Autónoma, etc.) intervendrá el Centro Coordinador. Tratándose de trámites administrativos, el seguimiento corresponderá al gestor de caso. Si supusiera un abandono definitivo del CRE, se asignará un profesional de seguimiento en el Centro Coordinador hasta la resolución del caso (acogida en otra Comunidad, por ejemplo). Igualmente, en los casos de recepción de usuarios desde otra Comunidad, y en el momento de establecimiento de los primeros contactos para la acogida, el Centro Coordinador asignará un profesional de seguimiento hasta la asunción del caso por el gestor de caso correspondiente a su CRE de referencia según la localidad donde se instale.

10.3.2. La red profesional

Para llevar a cabo esta propuesta metodológica, sería necesario dotar a los Centros Básicos de Atención Primaria de Servicios Sociales, Centros de Recursos Especializados y Centros Coordinadores, de una sólida red profesional con capacidad para desarrollar sus respectivas competencias, que incluiría:

- **Trabajadores sociales de referencia:** con profundo conocimiento de la comunidad en la que trabajan, de sus recursos y con posibilidad de implicarse en el desarrollo y la promoción de esta comunidad.
- **Gestores de casos especialistas**²⁷: coordinadores de las intervenciones, como expertos en el campo de lo social y en el ámbito en el que desarrollen su función. En este sentido, sería necesario establecer los perfiles profesionales adecuados para cada uno de los ámbitos de intervención, y crear sistemas formativos adecuados (a través de postgrados o cursos de especialización en dependencia, maltrato, desamparo, etc.). Simultáneamente, debe establecerse el número óptimo de casos por profesional en función de la complejidad de las situaciones y de la configuración geográfica de la zona, entre otros factores, para evitar que la saturación de casos impida el adecuado ejercicio de sus funciones.
- **Especialistas en temas relacionados** (psicología, derecho...): que actuarán como referente para la consulta por los trabajadores sociales de referencia y los gestores de caso. Se debería favorecer un sistema de supervisión e interconsulta. Debemos resaltar la importancia del trabajo interdisciplinar entre los profesionales que componen estos equipos y respecto a los gestores de caso.
- **Personal técnico** (juristas, economistas, pedagogos, sociólogos, educadores sociales, mediadores familiares, animadores socioculturales, etc.) **y administrativo:** suficiente para la planificación, organización, gestión y desarrollo de cada uno de los recursos que se oferten, igualmente con una filosofía y práctica interdisciplinarias.

Además, es necesaria la coordinación, mediante fórmulas estables, con los profesionales del resto de entidades pertenecientes a la Red Pública que prestan servicios directos (de ayuda a domicilio, teleasistencia, centros de estancias diurnas, etc.). Así mismo, se precisa la coordinación con las redes de voluntariado y entidades sin fin de lucro que participen en el sector.

10.4. CONCLUSIONES

Ello supone:

- Poner al usuario como centro del sistema: teniendo en cuenta no sólo

www.gentgran.mataro.org

²⁷ Resulta interesante citar, de manera específica, la experiencia acumulada a lo largo de los últimos años en Cataluña respecto a la implantación del modelo de «gerencia de casos» en el ámbito sociosanitario, así como la puesta en marcha en 2005 del programa ProdeP («Programa per a la promoció de l'autonomia personal i l'atenció a les persones amb dependències», disponible en:

<http://www.gencat.net/benestar/persones/dependencia/index.htm> o la red local de servicios sociales de atención domiciliaria de la provincia de Barcelona, promovida por la Diputación de Barcelona, que está dis-

sus necesidades sino también sus preferencias y deseos, estableciendo relaciones de cooperación constructiva que promuevan el máximo de autonomía personal y respeten el derecho a la autodeterminación responsable.

- Dotar de formación suficiente a los profesionales: en un contexto de «gestión del conocimiento»²⁸ que aproveche las sinergias y rentabilice la experiencia profesional y la cooperación con el usuario.
- Determinar los objetivos y el perfil profesional más adecuados del gestor de caso, así como definir sus cometidos y competencias²⁹.
- La flexibilidad en la organización, de forma que esté orientada hacia el usuario y, respondiendo a criterios de racionalidad y eficiencia, promueva la rentabilidad social por encima de la meramente económica; pues, en efecto, *«Las ventajas para la productividad y la administración burocrática que resultan de la estandarización llevan consigo graves costes en insatisfacción e ineficiencia. A la vez, la estandarización hace muy difícil el abordaje de objetivos deseables de desarrollo personal»*³⁰.
- La coordinación interinstitucional por encima de barreras institucionales: de manera que lo relevante no sea quién es titular formal de cada recurso de atención, sino la respuesta ágil e integral a las necesidades del usuario.
- La dotación suficiente de recursos humanos, adecuadamente formados, que permita garantizar la idoneidad e intensidad necesarias de atención: evitando que los profesionales de los Servicios Sociales se conviertan en meros gestores de prestaciones, sin el necesario seguimiento a las personas y familias.
- Dotar de suficientes recursos para que llegue realmente a toda la población que lo necesita: con participación del usuario en el coste si es necesario (ese es otro debate que habría que mantener), pero sin excluir a ningún ciudadano.

ponible en la dirección Web http://www.socialeurope.com/pdfs/Venice/presentations/Barcelona_spa.doc

28 Definida como «conjunto de procesos que se desarrollan en una organización, sistema o red y que se ocupan de diseñar, dinamizar y evaluar los procesos de construcción del conocimiento», en Fantova, F. «Los enfoques de las redes y los apoyos sociales y comunitarios y la gestión del conocimiento», en Casado, D. (dir) «Avances en bienestar basados en el conocimiento». Ed. CCS. Madrid, 2005.

29 Rodríguez, P. Op. Cit. Pág. 56.

30 Fantova, F. (coord.). *Situación y perspectivas del sistema público de servicios sociales en la Comunidad Autónoma del País Vasco. Dossier para el debate*. Ed. Departamento de Vivienda y Asuntos So-

11. FINANCIACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES CON ESPECIAL REFERENCIA A LA LEY DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA. SITUACIÓN Y PROPUESTAS DE MEJORA

Gregorio Rodríguez Cabrero

Universidad de Alcalá

11.1. SITUACIÓN ACTUAL DE LA FINANCIACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES EN ESPAÑA

La rama de los servicios sociales en España ha afrontado durante los últimos veinticinco años importantes transformaciones que, sin embargo, no han abocado aún hacia un sistema de cobertura universal basada en el ejercicio pleno de un derecho subjetivo a las prestaciones de los servicios sociales, aunque esta cobertura y derecho efectivo estuvieran basados en inevitables y necesarias diferenciaciones técnicas y sociales en función de la importancia de la necesidad social a cubrir.

En efecto, la rama de los servicios sociales tiene pendiente su **consolidación institucional, el pleno reconocimiento social de sus funciones de intervención social y la suficiencia financiera:**

No está consolidada institucionalmente en la medida en que no existe un conjunto de prestaciones sociales en todo el territorio del Estado que garanticen la igualdad de los españoles ante situaciones de necesidad y basadas en el ejercicio de un explícito derecho subjetivo; también porque siguen ocupando una posición política subordinada frente a los grandes servicios públicos; finalmente, porque su estructura institucional suele ser un amalgamamiento de servicios y centros con bajo nivel de coordinación¹. Dicho de otro modo, su estructura es aún débil institucionalmente y deficiente funcionalmente. Además, hay que tener en cuenta que la imagen social sigue siendo difusa, reducida aún hoy en una imagen social para pobres², aunque la clase media se está incorporan-

1 Fantova, F. (2005) «La encrucijada estratégica de nuestros servicios sociales». Bilbao. Mimeo.

2 Casado, D. (1994) «Acción social y servicios sociales». En VVAA: V Informe FOESSA. Madrid: Fundación FOESSA.

do en parte al sistema (en sus profesionales y en menor medida en cuanto a usuarios).

Finalmente, la rama de los servicios sociales adolece de una financiación limitada por la naturaleza asistencial de su concepción originaria histórica que las leyes de servicios sociales de primera y segunda generación han asumido si bien con variados matices; limitada también por la propia subordinación institucional del sistema de servicios sociales en el conjunto de las Administraciones Públicas (AAPP) y por compromisos de cobertura limitados a los presupuestos anuales o, como mucho, explicitando alcanzar un objetivo mínimo de gasto, entre el 4% y el 6% de los presupuestos generales de la Comunidad Autónoma sin relación con las verdaderas necesidades de gasto social. Finalmente, la expansión relativa de los servicios sociales ha tenido lugar en gran medida vía privatización de la financiación por parte de las capas medias de la población y vía también privatización de la gestión de los servicios públicos, produciéndose de este modo un desplazamiento relativo de la financiación hacia las familias y un aplazamiento en el tiempo de los necesarios compromisos financieros del Estado, entendido éste en su más amplio sentido.

Este marco institucional de financiación de los servicios sociales que hemos caracterizado como de débil, con baja imagen y muy limitado esfuerzo financiero a pesar del proceso de modernización y crecimiento de las casi tres últimas décadas (en que ha pasado del 0,5% al 1% del PIB aproximadamente), tiene ahora una oportunidad histórica de cambio con la Ley de Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (a partir de ahora LEADE). Si bien no podemos reducir los servicios sociales a la dependencia ya que ésta es sólo una parte de la rama global de los servicios sociales, no cabe duda de que por la dimensión de la población potencial a proteger, por la diversidad de recursos y prestaciones que conlleva la acción protectora en este campo y por los recursos públicos y privados que exige la protección de la dependencia puede cumplir dos funciones complementarias: la puesta en marcha de una nueva rama de la acción protectora del Estado en el campo de los servicios sociales y, además, la oportunidad de superar la fase histórica asistencial del sistema de servicios sociales con el fin de crear un haz de derechos subjetivos básicos que hagan realidad el discurso de la universalización que proclaman las leyes de servicios sociales de las Comunidades Autónomas. Es decir, la aplicación de una Ley que contempla el derecho subjetivo a la protección social de situaciones de dependencia reconocidas por el sector público en el ámbito de los servicios sociales y a nivel de todo el Estado exige también su extensión al conjunto de las prestaciones de la rama de los servicios sociales, igualmente en el conjunto del Estado. La realización de este segundo objetivo, no demorado en el tiempo, evitaría nuevas segmentaciones en el campo de los servicios sociales y allanaría el camino a la incorporación plena de los ciudadanos en el sistema de servicios sociales.

La suficiencia financiera de los servicios sociales conlleva considerar dos dimensiones de la misma: la dimensión sustantiva y la dimensión del impacto social del esfuerzo financiero que realiza el sector público. La primera dimensión

se relaciona directamente con la fortaleza o debilidad del derecho protector; la segunda con la correspondiente suficiencia o insuficiencia del gasto público que respalda el derecho social propuesto.

a) La dimensión sustantiva de la financiación de los servicios sociales

La materialización del derecho a los servicios y prestaciones de la rama de los servicios sociales se nos presenta lastrada por la ambivalencia de la naturaleza jurídico-constitucional de los derechos sociales en este campo. Resulta llamativo cómo en casi treinta años de desarrollo democrático de los servicios sociales se ha hecho una interpretación excluyente de competencias en la materia a favor de las Comunidades Autónomas (CCAA) que ha impedido el ejercicio de las competencias del artº 149.1.1 para garantizar la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos y el cumplimiento de los deberes constitucionales. El ejercicio razonable y efectivo del principio de subsidiaridad en el ámbito de los servicios sociales habría permitido articular competencias concurrentes multinivel que hubieran saturado los espacios de desprotección que se producen en los sistemas generales (educación, sanidad, etc) y articular de manera coherente un sistema de prestaciones sociales y servicios como el que ahora pone en marcha la LEADE.

El título competencial autónomo, positivo o habilitante (STC 61/1997) que permite establecer «condiciones básicas uniformes» en el Estado (artº 149.1.1) debiera haberse desarrollado por el TC no solo para delimitar competencias y reforzar la colaboración entre los poderes del Estado (interpretación defensiva o negativa que no ha generado sino distancia institucional), sino para promover la creación de un sistema integrado de protección social del que una pieza estructural hubiera sido la rama de servicios sociales que, de este modo, hubiera pasado a ser un subsistema del sistema general de protección social y, en consecuencia, un sistema de derechos subjetivos a prestaciones sociales garantizadas plenamente por el sistema público de financiación (interpretación positiva).

Esta operación histórica de la LEADE puede favorecer en los años venideros el perfeccionamiento de la red de protección social del Estado como sistema de derechos iguales para todos de forma que, al menos, hubiera un catálogo de derechos sociales en todo el territorio del Estado, con unos niveles básicos y suficientes de prestaciones sociales y con un carácter ineludible en todo el territorio, además de una función decidida de compensación y equilibrio territorial.

En este sentido hay que señalar que el Plan Concertado de Prestaciones Sociales Municipales (o Plan Concertado) no ha sido más que una plan de financiación en el que el Estado ha jugado un papel subordinado, financieramente declinante y sometido a las competencias exclusivas de las CCAA y no la oportunidad de conjugar todo el sistema de competencias estatal y autonómico para concurrir en la construcción de un sistema de servicios sociales de naturaleza institucional. Esta concurrencia no implica uniformidad ni cuestionamiento de competencias autonómicas sino ejercicio efectivo de los derechos sociales de manera transversal y coordinada. Precisamente es ahora la LEADE la que permite posibilitar viejas reivindicaciones del sector de los servicios sociales como

son la participación multinivel y multiintereses en el sistema, la coordinación de políticas y la aplicación de un principio de igualdad básico en todo el territorio del Estado. Integración de sistemas y coordinación de políticas era la vieja aspiración del proyecto político que fue la *non nata* ley de servicios sociales en la primera mitad de la década de los ochenta del pasado siglo. Ha tenido que ser una política de Estado la que indirectamente facilite potencialmente a medio plazo los tres objetivos que señalábamos al principio para que la rama de los servicios sociales se transforme en sistema: fortaleza institucional, reforzamiento de su imagen social y financiación suficiente para garantizar una serie de derechos subjetivos básicos en la materia.

b) La dimensión financiera y del impacto social de la rama de servicios sociales

La dimensión financiera de la rama de servicios sociales tiene rasgos propios que es preciso señalar:

- **Insuficiencia financiera del sistema de servicios sociales** bajo un proceso de crecimiento contenido del gasto público. No se garantiza un conjunto de prestaciones básicas para todos los ciudadanos que supondría una financiación abierta a la ampliación de créditos. La financiación está limitada a los presupuestos anuales previstos o a techos porcentuales que no necesariamente garantizan la cobertura de necesidades (ver capítulo sobre «Cambios legislativos recientes en materia de servicios sociales», de E. Guillén y A. Vilà).
- La **diversidad de fuentes de financiación** no es en sí misma un problema. Sin embargo es lo cierto que las fronteras entre los recursos del Estado, CCAA, Corporaciones Locales y el copago de los usuarios no están claramente delimitadas lo que impide a menudo cifrar el esfuerzo real de cada Administración. Esta diversidad de fuentes no impide que en la práctica los recursos sean limitados y que el ejercicio de la ampliación efectiva del esfuerzo financiero esté subordinada a la prioridad de otras políticas de menor impacto social, como pueden ser los programas de comunicación de muchas CCAA.
- El **copago** en servicios sociales es una práctica generalizada en todos los regímenes de bienestar social, incluso en los países de amplia generosidad prestacional como son los regímenes nórdicos. El copago en la práctica del modelo social europeo tiene como objetivo diferenciar el coste de las prestaciones sociales de otros gastos que debe asumir el usuario como son los gastos de alimentación y vivienda (salvo las situaciones de pobreza cuyo coste es asumido por el sistema); además, es una técnica para la moderación del crecimiento del gasto público. Dicho esto, es lo cierto que la aplicación actual del principio de copago en la rama de servicios sociales es desigual e injusta en la medida en que el copago de servicios iguales para situaciones de necesidad rela-

- tivamente idénticas nos muestra una amplia diversidad de situaciones que son incompatibles con el principio de igualdad de los ciudadanos.
- Sistema con excesivo peso aún de la **subvención**, si bien conciertos y convenios son instrumentos de uso creciente bajo la lógica de racionalización y contención del gasto público. A ello se suma un modelo mixto de producción, de fuerte tradición histórica, condicionado a las disponibilidades presupuestarias y orientado al abaratamiento de costes que suele asumir el sector sociovoluntario, además de internalizar una parte importante del estrés social que generan las situaciones de vulnerabilidad.

La rama de servicios sociales, por otra parte, genera importantes impactos económicos y sociales. Entre los económicos hay que recordar la elevada capacidad de generación de empleo, si bien se trata de un sector de baja productividad al ser intensivo en mano de obra, elevada dispersión de actividades y variados campos de intervención que exigen una formación polivalente. En este sentido baste recordar que el sistema de servicios sociales ha tenido un importante crecimiento en cuanto a empleo en los últimos diez años (el subsector productivo que ha creado en términos relativos más empleo) (Gráfico 1).

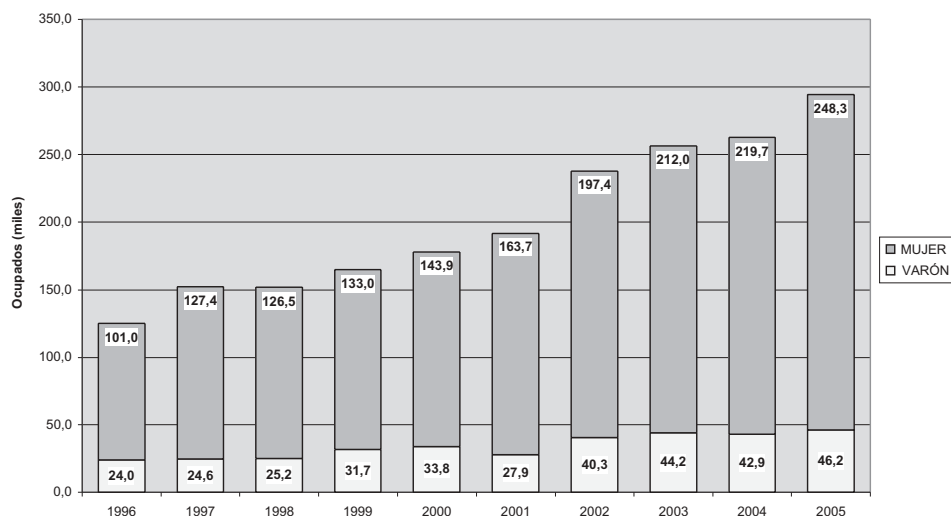
Pero, sin duda alguna, es el impacto en la lucha contra la exclusión y la vulnerabilidad, junto a las funciones de prevención del riesgo social y de rehabilitación o subsanación de déficit sociales, donde reside el valor añadido de los servicios sociales. La dificultad de evaluar la intervención social en este ámbito junto a los límites sociales y mediáticos en la difusión de sus actividades, además de su debilidad institucional, limita su impacto social y político.

En todo caso, y desde la óptica de la financiación de los servicios sociales que es el objetivo de este análisis, podemos concluir con carácter previo al análisis de la LEADE que estamos ante un:

- A) Modelo de financiación limitado por la debilidad de los derechos sociales en este campo, si bien hay que señalar que estamos ante un modelo asistencial en proceso de cambio.
- B) Modelo insuficiente por el bajo nivel de responsabilidad pública general o estatal. No existe una política de Estado en la materia que conlleve un compromiso de financiación ni tampoco las Administraciones Territoriales han adoptado, con escasas excepciones, un compromiso financiero extensivo e intensivo en este campo.

La LEADE es, como decimos, una oportunidad de desarrollo de derechos sociales subjetivos que afectan a una parte importante de la rama de los servicios sociales y, al mismo tiempo, la primera oportunidad desde la aprobación de la Constitución de 1978 de establecer políticas de Estado concurrentes que rompan la lógica disgregadora de la asistencia social de los últimos decenios a favor de políticas de igualdad desde la lógica de una cooperación imperativa. Desde este punto de vista será necesario, a continuación, analizar cómo la LEADE contempla la financiación de la dependencia.

GRÁFICO 1. Evolución del total nacional de ocupados en servicios sociales por sexo



FUENTE: Elaboración propia en base a la EPA (2º trimestre 1996-2005).

11.2. LA FINANCIACIÓN DE LA LEADÉ COMO OPORTUNIDAD PARA LA CONSTRUCCIÓN DE UN SISTEMA UNIVERSAL Y SUFICIENTE DE PROTECCIÓN SOCIAL DE LA DEPENDENCIA Y APOYO A LA AUTONOMÍA DE LAS PERSONAS

a) En el **anteproyecto de Ley de la dependencia de enero de 2006** la regulación de la financiación se presentaba como un compromiso dependiente de lo que determinarían los presupuestos de las Administraciones Públicas competentes. Ello, unido a una definición insuficiente del derecho subjetivo a la protección en situaciones de dependencia, daba lugar inevitablemente no solo a una falta decidida de voluntad de financiación de las prestaciones sociales y monetarias, sino también a un sistema universal de tipo asistencial. En el informe SIPOSO sobre el anteproyecto de Ley de febrero de 2006³ se señalan las debilidades del anteproyecto en materia financiera tanto a nivel macroeconómico (débil compromiso financiero, anuncio de una reforma fiscal para reducir impuestos y articulación de la financiación de la Administración

3 VVAA (2006) «Informe sobre el anteproyecto de Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia». Madrid: SIPOSO.

General del Estado con la de las CCAA) como microeconómico (la naturaleza del copago como mecanismo de posible exclusión de las capas medias de la población).

En el **proyecto de Ley** se dieron avances positivos en la definición del derecho subjetivo a la protección de la dependencia, lo que suponía una exigencia de financiación ampliable en caso necesario y, por tanto, suficiente para garantizar el derecho a las prestaciones, así como un compromiso por parte de las CCAA igual que el del Estado en la financiación del segundo escalón de las prestaciones que es objeto de convenio por parte de las CCAA. El proyecto, sin embargo, no contemplaba el carácter imperativo del convenio y, sobre todo, no establecía previsiones ante la posible (aunque no probable) negativa de una Comunidad Autónoma a firmar un convenio o eventuales dificultades financieras de la misma para hacer frente a la financiación de la parte prestacional objeto de Convenio.

b) En el preámbulo del proyecto de la Ley se hacían referencias explícitas a la financiación de la Ley de la dependencia. Así se nos dice que será **«estable, suficiente, sostenida en el tiempo y garantizada mediante corresponsabilidad de las Administraciones Públicas»** y, quizás temiendo la debilidad del Convenio como estructura de colaboración entre la Administración General del Estado (AGE) y las CCAA, señala que **«en todo caso, la AGE garantizará la financiación a las CCAA para el desarrollo del nivel mínimo de protección»**. Es decir, se garantiza una suerte de mínimos en todo el Estado independientemente de la parte que fije el Convenio entre AGE y CCAA y de la parte adicional que libremente pueden adoptar estas últimas. De este modo tampoco el proyecto de Ley lograba establecer plenamente una concurrencia imperativa entre ambas financiaciones: el Estado garantiza la suya en el nivel básico y en el conveniado en base a su competencia constitucional (principio de igualdad del 149.1.1), pero las CCAA pueden denunciar el convenio en base a su competencia exclusiva en asistencia social. Así es como ha quedado en la ley aprobada en el Congreso de los Diputados el 30 de noviembre de 2006 como consecuencia de la complejidad de la arquitectura que articula las competencias en juego en la materia. De este modo, parece que la concurrencia institucional y funcional queda subordinada a la competencia constitucional. Si esta última ha quedado cerrada, con un cierto nivel de precariedad o equilibrio inestable, es la primera, la concurrencia institucional y funcional, la que será objeto preferente de la política pública, ya que en ella se reflejarán de manera inevitable las tensiones institucionales y financieras del nuevo sistema protector (ver Cuadro 1).

La regulación concreta de la Ley en materia de financiación, sin variación entre la propuesta del Congreso y el Senado, se recoge en el Capítulo V de la misma mediante los artículos 32 y 33. En el primero se regula la financiación del sistema por parte de las AAPP: el nivel mínimo de protección por parte de la AGE y la parte adicional conveniada entre la AGE y las CCAA. En el artº 33 se regula la participación del usuario en la financiación basada en dos criterios: tipo y coste del servicio y capacidad económica personal diferenciando servicios asistenciales y de manutención y hoteleros.

CUADRO 1. Cambios normativos entre el anteproyecto de Ley y la Ley aprobada el 30 de noviembre de 2006

REGULACIÓN DE LA FINANCIACIÓN	ANTEPROYECTO DE LEY	PROYECTO DE LEY	TEXTO DE LEY DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS ENVIADA AL SENADO	LEY APROBADA EL 30 DE NOVIEMBRE DE 2006
ARTº 32	Antiguo 31 La que determinen los presupuestos de las AAPP competentes	La financiación será la suficiente para garantizar el cumplimiento de las obligaciones que correspondan a las AA competentes. La aportación de la CCAA será para cada año al menos igual a la de la AGE	La financiación será la suficiente para garantizar el cumplimiento de las obligaciones que correspondan a las AA competentes Dichos convenios podrán ser anuales o plurianuales, recogerán criterios de reparto teniendo en cuenta la población dependiente, la dispersión geográfica, la insularidad, emigrantes retornados y otros factores; y podrán ser revisados por las partes	Igual que en texto del Congreso y Senado
Artº 33	Antiguo 32 Los beneficiarios de las prestaciones de la dependencia participarán en la financiación de las mismas según el tipo de coste del servicio y su capacidad económica	Igual que anteproyecto	Los beneficiarios de las prestaciones de la dependencia participarán en la financiación de las mismas según el tipo de coste del servicio y su capacidad económica personal 33.3 Distinción entre servicios asistenciales y de manutención y hoteleros 33.4 Ningún ciudadano quedará fuera de la cobertura del sistema por no disponer de recursos económicos	Igual que en texto del Congreso y Senado

FUENTE: Elaboración propia en base a textos legislativos.

En la fase de debate de Ponencia se rechazó la propuesta de señalar en el artº 32 lo dicho en el preámbulo: financiación estable, suficiente, sostenida y garantizada por considerarse reiterativo. Por otra parte, en la financiación no se hace referencia a un fondo de inversión en infraestructuras y servicios que con carácter complementario asegure la oferta de servicios públicos y que hubiera permitido reforzar la financiación en materia de inversión de servicios sociales en los territorios con mayores déficit. En este punto cabe señalar que en la inversión en servicios sociales el Estado debe tener un elevado protagonismo sin menoscabo de la colaboración del sector privado. Finalmente, la Ley supone un avance respecto del proyecto inicial ya que contempla convenios plurianuales entre Estado y CCAA e introduce criterios de reparto como la población, la dispersión geográfica, la insularidad, emigrantes retornados y «otros factores», dejando así la puerta a la conformación de los factores que ponderen las diferencias territoriales en la acción protectora y poder aplicar políticas de equilibrio territorial.

Supone un avance muy notable en la Ley la diferenciación de las prestaciones asistenciales de los costes de manutención y hoteleros, abriendo de esta manera la puerta al establecimiento de prestaciones sociales para todos los ciudadanos sin diferencia de renta (artº 33.3). Finalmente, se ha introducido el 33.4 señalando que ningún ciudadano quedará fuera de la cobertura del sistema por no disponer de recursos económicos; propuesta que no era necesaria dada la naturaleza de la Ley y que no viene sino a repetir en cierto modo una afirmación común en las leyes de servicios sociales de las CCAA en las que se confunde accesibilidad universal con derecho subjetivo. En todo caso, la cautela, no siendo necesaria, refuerza la naturaleza universalista de la Ley.

11.3. EL COSTE Y LA FINANCIACIÓN DE LA LEADE

a) Sobre el coste de la protección social de la dependencia

La financiación de la LEADE depende en primer lugar del coste de la misma y, en segundo lugar, del reparto de la carga que se haga entre las AAPP y el usuario.

El coste de la LEADE es crucial y ello depende de muchos factores, como son: la demanda efectiva o solicitantes que hayan sido admitidos en el sistema por el baremo que se aplique, el modelo de prestaciones o peso relativo de servicios y prestaciones monetarias, del propio modelo de servicios que se consumen, el coste de las prestaciones, el coste que supone para los usuarios y las prestaciones que finalmente abonará el sector público a los usuarios según tipo y grado de dependencia.

En los últimos años se han realizado diferentes estimaciones del coste de la dependencia, casi siempre referido a personas mayores, en base a diferentes hipótesis de trabajo que señalamos en el Cuadro 2 y cuyos resultados nos muestran que el coste varía en función de las hipótesis de partida de población dependiente estimada, modelo de prestaciones, coste estimado de la mismas y el reparto del mismo entre usuarios y AAPP.

CUADRO 2. Estimaciones del coste de la dependencia para personas mayores

	MONTSERRAT Y RODRÍGUEZ CABRERO (2003)	BRAÑA (2004)	EULEN (2005)	EDAD Y VIDA/UAM (2005)
Población dependiente 65+	1.176.344	1.827.809	2.512.153	1.802.204
Gasto estimado (Millones euros)	6.774,4	9.427,5	13.085,5	8.393,9
%/PIB	1,20	1,79	1,89	1,13

FUENTE: Edad y Vida 2005 y elaboración propia.

La Memoria que acompaña al anteproyecto de la LEADE estima el coste de la aplicación de la Ley en 9.355,5 millones de euros para el año 2015, cuyo reparto es el siguiente:

CUADRO 3. Costes del SAAD en 2015

Gasto actual de las AAPP	1.776,9
Coste para los beneficiarios	3.152,7
Coste adicional para la AGE para financiar prestaciones básicas (artº 9) y prestaciones de convenio (artº 10.4)	2.112,9
Coste adicional para las CCAA	2.112,9
TOTAL	9.355,4
Aportación nueva de las AAPP	4.425,8

FUENTE: Edad y Vida 2005 y elaboración propia.

Como la Memoria no especifica los criterios de coste de la Ley o modelo de coste (población, prestaciones, coste, etc.), es necesario contrastar la estimación oficial con otras que expliciten el modelo de coste y financiación. En este sentido, Julia Montserrat⁴ ha realizado estimaciones del coste de la protección social de la dependencia, incluyendo todas las edades, que se distancian en gran medida de las estimadas por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales en la Memoria que acompaña al anteproyecto de la Ley de la dependencia y que, al menos,

4 Montserrat Codorniu, J. (2003) «El impacto de la vejez en el gasto social», Revista de Presupuestos y Gasto Público nº 33. También, «El coste y el modelo de los cuidados de larga duración en la ley de la dependencia», Revista Española del Tercer Sector, nº 3, 2006.

tienen la virtud de explicitar las variables e indicadores de coste. La estimación realizada por la mencionada experta en 2005 con carácter global suponía un coste de la aplicación de la Ley en 2015 de 11.562,8 millones de euros (8.842,4 en servicios y 2.720,4 en prestaciones monetarias) y que supone un incremento cercano al 25% respecto de la estimación de la Memoria (Montserrat Codorniu, 2003).

La financiación pública debe tener como referencia el coste real de la protección en base a algunas hipótesis plausibles de consumo de servicios y prestaciones. La estimación precedente, aplicable a cualquier escenario de población protegida, se basa en el cálculo de los costes medios de las prestaciones por usuario y año que pueden ser indicativas para definir la cuantía de las prestaciones financiadas por el sector público (ver Cuadro 4).

CUADRO 4. Costes medios de las prestaciones por usuario y año (Euros)

GRADO DE DEPENDENCIA	MODERADO	SEVERO	GRAVE	MEDIA
Coste servicios	8.957	15.456	19.450	12.912
Coste prestaciones monetarias	3.240	4.800	6.480	4.314

FUENTE: J. Montserrat: «El impacto de la Ley de la dependencia en las finanzas del Estado». Noviembre de 2006. (Mimeo). Estos resultados se basan en los precios de referencia de los servicios para el año 2005 y en un modelo de consumos de servicios diferenciado por tipos y grados.

En este coste de las prestaciones no están incluidos los costes de valoración y de gestión del sistema que por su importancia no deben ser desdeñados en ningún caso.

b) Sobre la financiación de la LEADE

El sistema previsto por la LEADE para la financiación de las prestaciones se basa en las aportaciones a partes iguales de la AGE, las CCAA y los usuarios. En conjunto, y sobre un gasto actual en torno al 0,30% del PIB, el gasto adicional estaría entre el 0,5% estimado por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y el 0,8%. El esfuerzo adicional es importante pero no asumible en el estado de desarrollo de nuestro país. La pregunta crucial es si será **suficiente, estable y sostenible a largo plazo**. El primer factor es normativo y financiero a la vez; el segundo, la estabilidad, es un factor institucional; el tercero, es sobre todo sociodemográfico, institucional y fiscal. Trataremos de dar respuesta a tal interrogante de manera tentativa y provisional:

a) La respuesta a la **suficiencia** del sistema de financiación no es otra si con tal gasto se puede garantizar la cobertura de la población estimada y, además, una intensidad protectora que permita realmente mejorar la calidad de vida de las personas en situación de dependencia. En cuanto a la cobertura cabe plantear algunas dudas como las siguientes. Por una parte, en la aportación de la AGE está incluido

el nivel mínimo de protección (artº 9.1) el nivel de convenio (artº 10) y el fondo para «incrementar la hoy insuficiente red de centros y servicios necesarios» (creación de centros propios, subvenciones a la inversión en centros de iniciativa social sin ánimo de lucro y facilidades para incentivar la creación de servicios por parte de la iniciativa privada)», según se señala en la Memoria que acompaña al anteproyecto de Ley, si bien dicho fondo no se menciona en la Ley. ¿Será suficiente la aportación de la AGE, en torno a los 2.100 millones de euros, para garantizar objetivos tan relevantes? La respuesta posible es que quizás con esa aportación se pueda garantizar una amplia cobertura pero de baja intensidad protectora. En ese caso la suficiencia del sistema se trasladaría a las CCAA y a los usuarios.

En efecto, son las CCAA, las Administraciones Territoriales en general, las que asumen el grueso de la financiación si sumamos a la financiación prevista en la Memoria el gasto actual ya realizado estimado anual entre 1.700 y 2.000 millones de euros. Además, el propio proyecto de Ley genera dudas sobre la financiación futura del sistema por parte de la AGE después de 2015 (Disposición Transitoria Primera). El compromiso de la AGE con el principio de igualdad y equilibrio territorial implica un gasto social a largo plazo con el sistema de dependencia.

Posiblemente, la suficiencia financiera esté garantizada los primeros años, ya que el calendario de aplicación lo favorece (Disposición Final Primera. Aplicación progresiva de la Ley). Baste pensar⁵ que en la actualidad se estima una cobertura de casi el cien por cien en la población dependiente entre 6 y 64 años con máximo grado de dependencia (sin tener en cuenta la prestación de asistente personal) y una cobertura del 36% para la población mayor de 65 años en situación de grave dependencia, considerando en ambos casos servicios y prestaciones monetarias (y sin entrar a considerar la intensidad protectora y la adecuación a la situación real de necesidad).

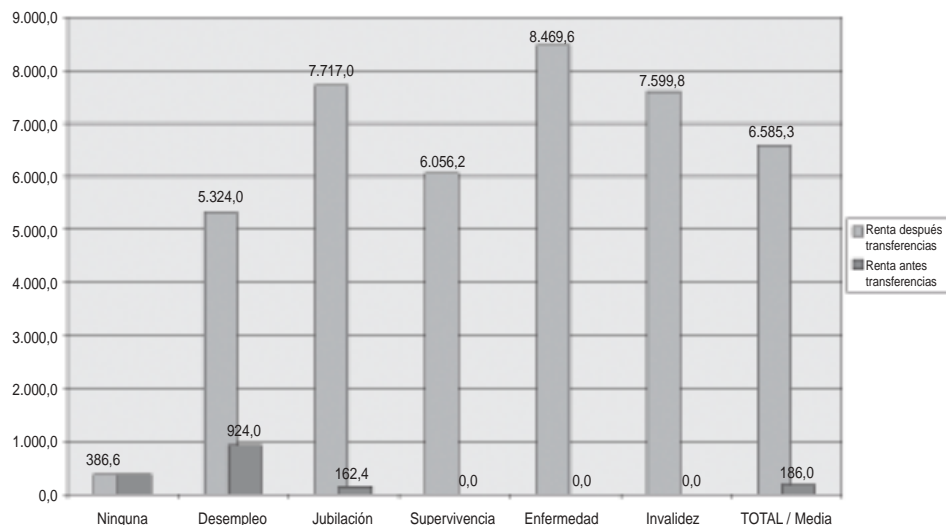
En todo caso será clave el tratamiento del **copago** para la suficiencia del sistema. Se ha dado un paso importante en la diferenciación entre servicios asistenciales y de manutención y hoteleros de forma que una parte, al menos, de los primeros sea gratuita para todos los dependientes reconocidos como tales. Es la interpretación que cabe esperar por el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), así como la exclusión de la vivienda habitual del cálculo de la capacidad económica. En otro caso, se podría producir una expulsión del sistema de las clases medias y un desincentivo al ahorro.

Por otra parte, no hay que olvidar (Ver Gráficos 2 y 3) que el copago previsto debe ser confrontado con la realidad de los niveles de renta y pobreza de la población en situación de dependencia. En base a la Encuesta de Condiciones de Vida (ECV) de 2004 constatamos, en el caso de la población mayor dependiente, los bajos niveles de ingresos y la importancia de la tasa de pobreza. Si tenemos en cuenta que el colectivo de personas mayores constituye casi dos terceras partes de la población en situación de dependencia y que quedarían excluidos del copago los que están por debajo de la línea de la pobreza y buena parte del resto cuya renta anual después de transferencias no llega a los 7.000

5 Rodríguez Cabrero, G. (2004) «Protección social de la dependencia en España». Madrid: Fundación Alternativas.

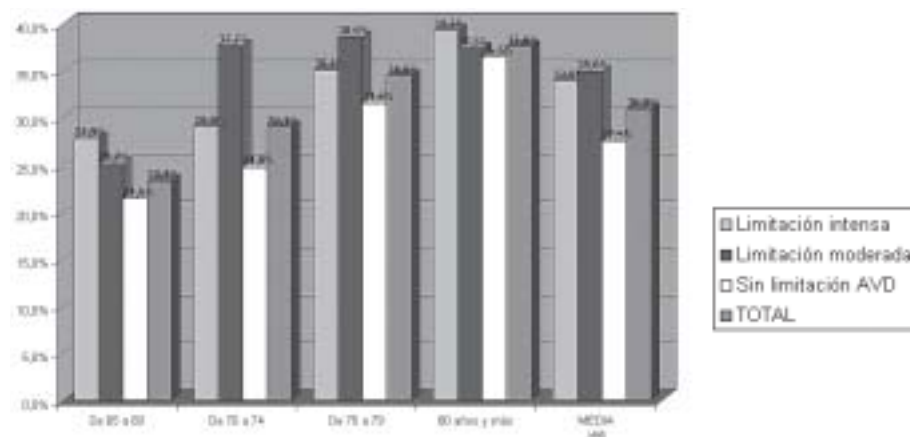
euros anuales, entonces quiere decir que el copago no tendría un peso relevante en la financiación del sistema y, en consecuencia, el gasto asistencial tendría que incrementarse para completar el coste de los servicios.

GRÁFICO 2. Renta anual antes y después de transferencias sociales en mayores de 65 años con limitaciones intensas para la realización de las actividades de la vida diaria



FUENTE: Elaboración propia en base a la Encuesta de Condiciones de Vida 2005.

GRÁFICO 3. Porcentaje de personas de 65 y más años por debajo del umbral de pobreza relativa distribuidos por grado de limitación para la realización de AVD y Grupos de Edad



FUENTE: Elaboración propia en base a la Encuesta de Condiciones de Vida 2005.

b) La **estabilidad** del SAAD no depende solamente de los recursos financieros disponibles, sino del cumplimiento concurrente de los compromisos financieros e institucionales del conjunto de las AAPP. En este sentido, cabe destacar dos aspectos. Por una parte, la debilidad del Convenio entre la AGE y las CCAA que el proyecto de Ley no ha superado, quedando en un equilibrio constituyente inestable, ya antes mencionado. Por otra parte, el tipo de autoridad que tendrá realmente el Consejo Territorial del SAAD. Según el artº 8 las funciones son variadas e importantes pero están condicionadas por las competencias de cada una de las AP integrantes» (artº 8.2). En el sistema de regulación definido en el proyecto los costes de transacción pueden ser importantes si uno o varios de los agentes se autoexcluyen del sistema o plantean conflictos de competencias. Si el objetivo último del SAAD es garantizar la protección social ello implica establecer límites a acciones institucionales que antepongan el conflicto de competencias a la seguridad de la protección social.

c) La **sostenibilidad** del SAAD a largo plazo dependerá de múltiples factores. El factor demográfico, la evolución de la esperanza de vida libre de discapacidad (hay que recordar aquí la importancia de las dependencias cognitivas como el Alzheimer), el peso de la ayuda informal en el sistema y, finalmente, la capacidad de financiación del sistema, son algunos de los factores cruciales. ¿Cuál es el sistema que lo hará sostenible a largo plazo? La Ley no hace previsión alguna al respecto ni indica líneas de sostenibilidad futura. En todo caso, la sostenibilidad futura está condicionada tanto por la capacidad fiscal del Estado –el SAAD requerirá un esfuerzo adicional entre el 0,5% y el 0,8% del PIB– y los compromisos con otros tipos de gasto público, como por las políticas de estabilidad de la UE. La Comisión Europea señala en 2003⁶ la importancia de las políticas de contención de costes, como transferir los costes a los usuarios, el control del precio y volumen de la oferta y demanda de servicios y prestaciones y una utilización más eficiente de los recursos. Medidas de control que no impiden afirmar que la puesta en marcha del SAAD y su consolidación a largo plazo requieren un esfuerzo fiscal adicional importante a medio plazo (Comisión Europea, 2003).

11.4. EFECTOS NO DESEADOS DE LA LEADE Y PROPUESTAS DE MEJORA DE LA FINANCIACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES

La LEADE supone un avance muy positivo en el desarrollo del sistema de protección social en general y cabe esperar que con los años sea un hito en la construcción histórica de los derechos sociales.

Fuerzas sociales poderosas y una destacable voluntad política ampliamente compartida lo han hecho posible como son: el envejecimiento de la po-

6 CONSEJO Y COMISIÓN EUROPEOS (2003), «Apoyar las estrategias nacionales para el futuro de la asistencia sanitaria y los cuidados a las personas mayores», Bruselas, Comisión Europea.

blación, la incorporación de la mujer al mercado de trabajo, el cambio en el modelo tradicional de cuidados informales, la influencia del modelo social europeo y un amplio consenso entre las fuerzas políticas, junto al apoyo de un amplio elenco de organizaciones sociales de afectados. Ello ha posibilitado su inminente puesta en marcha en enero de 2007.

Pero al mismo tiempo, fuerzas económicas e institucionales tienden a condicionar o modular el proceso de implantación que van desde el debate constitucional sobre competencias hasta el débil o calculada prudencia del compromiso financiero del Estado en un entorno de contención del gasto social en el espacio social europeo.

La financiación de los servicios sociales en España, por su naturaleza asistencial, ha estado limitada a los presupuestos aprobados por cada Comunidad Autónoma y Corporaciones Locales, sin garantía de una financiación suficiente para hacer frente a las necesidades sociales de los colectivos vulnerables. Además, la ausencia de un sistema estatal ha generado en la práctica un sistema desigual que con los años se ha consolidado y agudizado y que la propia financiación de la AGE no ha podido frenar, en parte por su baja capacidad de control de la eficacia de la ejecución de las transferencias en un entorno de constante debate competencial.

La LEADE supone una ruptura importante positiva con ese modelo ya que introduce un mecanismo de financiación básica para una serie de prestaciones sociales referidas a las situaciones de dependencia. Sin embargo, la LEADE puede provocar también efectos no deseados o perversos en la aplicación del SAAD y en el conjunto de la rama de los servicios sociales (Ver Cuadro 5).

Los efectos potenciales no deseados de la aplicación del SAAD son variados:

a) La insuficiencia de la financiación de la AGE para hacer frente a objetivos tan costosos como la financiación de las prestaciones mínimas, las de carácter conveniado y el refuerzo de la red de servicios. Un compromiso que parece podría agotarse en el 2015 cuando las CCAA se harían cargo de la financiación del sistema.

b) En segundo lugar, las desigualdades sociales y territoriales que puede provocar el segundo escalón y, sobre todo, el tercer escalón de financiación adicional al no existir un fondo de equilibrio territorial cuya creación debería hacer el Consejo territorial en la fase de puesta en marcha de la Ley, así como creación de un fondo anual de inversión en infraestructuras que la Ley no ha previsto de manera directa pero que es factible si existe un compromiso financiero del Estado. No puede dejarse esta inversión bajo la responsabilidad única del sector privado o a la simple voluntad de las CCAA y Ayuntamientos.

c) En tercer lugar, es clave la regulación del copago de manera que el efecto expulsión no afecte a las capas medias de la población. El artº 33,3 es una vía de esperanza a la creación de una serie de prestaciones sociales o «servicios asistenciales» que puedan beneficiar a la totalidad de la población dependiente evaluada.

d) El SAAD es también un sistema potencialmente inestable desde el punto de vista institucional dados los posibles costes de regulación de un jue-

go cooperativo de baja exigencia aparente para quienes denuncien el instrumento del Convenio. La Ley no hace provisiones sobre las consecuencias de los fallos, denuncia o carencias de Convenio. Por ello, el Consejo Territorial de la Dependencia (CTD) debe establecer reglas de juego cooperativo de carácter imperativo.

e) La sostenibilidad del SAAD a largo plazo se basa no solo en factores de morbilidad y sociodemográficos, sino en el compromiso de realizar el gasto adicional necesario para garantizar la cobertura generalizada y una intensidad protectora suficiente. En un contexto de freno al gasto público y de reformas fiscales a la baja hacer sostenible el nuevo sistema es determinante para su viabilidad futura.

Pero también se pueden producir efectos no deseados en el conjunto de la rama de los servicios sociales:

a) Por una parte, se produce un refuerzo de la segmentación tradicional en la rama de servicios sociales de suerte que, en principio, dos colectivos como son los discapacitados y personas mayores (en situación de dependencia) refuerzan su presencia institucional en el sistema de protección social, lo que ciertamente es muy positivo, pero ello supone también un refuerzo corporativo de las organizaciones que los representan. El debate sobre el proceso de elaboración de la Ley así lo demuestra.

b) Por otra parte, se produce una ruptura en la rama de servicios sociales, ya que mientras unos colectivos se incorporan a la lógica del derecho subjetivo en un conjunto de prestaciones, otros colectivos, con menos poder organizativo y baja o mala imagen social quedan supeditados al régimen de discrecionalidad común de la rama.

c) No menos importante es el posible efecto expulsión de los colectivos fronterizos con baja capacidad de movilización social y baja consideración social como son las personas sin techo, personas con problemas de salud mental o drogodependientes.

La LEADE puede provocar la falsa ilusión de que con su puesta en marcha el conjunto del sistema de los servicios sociales abandona finalmente la senda histórica asistencial y se incorpora a la lógica institucional universalista. Que ello puede ser así lo demuestra la identificación reduccionista que se ha venido haciendo entre la LEADE y el llamado «cuarto pilar del Estado de Bienestar». Es por ello que se hace urgente la extensión al conjunto de la rama de una serie de prestaciones sociales basadas en el ejercicio del derecho subjetivo pleno en todo el territorio del Estado. Será en ese momento cuando en vez de rama podamos hablar finalmente de sistema de servicios sociales y dar por superada la larga etapa histórica del actual período constitucional de posición subordinada de los servicios sociales en el conjunto de los sistemas que constituyen nuestro Estado de Bienestar.

CUADRO 5. Posibles efectos perversos de la aplicación de la LEADE

EFECTOS NO DESEADOS EN LA APLICACIÓN DE LA LEADE	EFECTOS EN EL CONJUNTO DE LA RAMA DE SERVICIOS SOCIALES
1. Insuficiencia financiera de la aportación de la AGE	1. Ruptura institucional en la rama de los servicios sociales entre el sistema de dependencia y el resto
2. Desigualdad en el 2º y 3º escalón de las prestaciones	2. Refuerzo de la segmentación tradicional en el ámbito de los servicios sociales entre colectivos
3. Copago como mecanismo de expulsión y sistema de financiación insuficiente	3. Efecto expulsión de colectivos fronterizos como los sin techo, drogodependientes, con problemas de salud mental que tienen una presencia social opaca y baja o nula capacidad de movilización
4. Inestabilidad institucional en la financiación en base a un convenios denunciabiles	
5. Sostenibilidad financiera condicionada a las actuales reformas fiscales a la baja	

12. MEJORAS JURÍDICO-INSTITUCIONALES EN LOS SERVICIOS SOCIALES

José María Alonso Seco

Director General del Mayor de la Comunidad de Madrid

INTRODUCCIÓN

Cuando se habla de perfeccionamiento de los servicios sociales debe incluirse en el debate discursivo una referencia necesaria a la novación de las normas jurídicas que los regulan y a su manifestación institucional. Y ello porque las normas no son algo ajeno al comportamiento humano, paralelo o superpuesto a él, a modo de instrumento impositivo. Al contrario, las normas son, deben de ser, expresión objetiva, tangible, de los comportamientos humanos. Característica esencial del ser humano es la alteridad, la relación con sus semejantes. De esta relación mutua surgen derechos y deberes que deben ser objeto de plasmación objetiva en un ordenamiento jurídico que sirva de referencia cierta y de soporte a la organización institucional. La transmisión de bienes entre personas, por poner un ejemplo, es un comportamiento natural humano, que tiene su expresión objetiva en el instituto jurídico del contrato de compraventa. También los servicios sociales constituyen formas de ese comportamiento, necesitan asimismo plasmarse en normas jurídicas.¹

Se hacen las anteriores consideraciones por varias razones, entre las que destacamos las siguientes:

- En primer lugar, por el carácter esencialmente dinámico de los servicios sociales, muy vinculados al cambio social. Se dice, y con razón, que los servicios sociales constituyen la vanguardia de la acción social, al ser los primeros que dan respuesta a necesidades nuevas de la población. Este hecho sería ya, por sí solo, suficiente para justificar la conveniencia de cambios, en la regulación normativa de los servicios sociales. Siempre, claro está, que se trate de cambios razonados que no generen inseguridad jurídica por su excesiva proliferación.

¹ Sobre el concepto de Derecho como expresión objetiva del comportamiento humano, véase ALONSO SECO, J.M., *Textos Comentados de Historia del Derecho*, Madrid, 1993, pág. 11-13

- Nadie pone en duda que la sociedad actual se encuentra en un momento de profundo cambio social. Existe una serie de fenómenos, entrelazados entre sí, más o menos manifiestos, que están configurando una sociedad distinta. Las nuevas tecnologías, la inmigración, la disminución de la natalidad y el correlativo envejecimiento de la población, determinadas manifestaciones de desestructuración familiar, el mayor protagonismo social y laboral de la mujer, la crisis de la sociedad del bienestar, la disarmonía más notoria entre culturas, la globalización económica, el desarrollo y pujanza de los nuevos sistemas de comunicación, entre otros, son hechos que anuncian la necesidad de configurar un nuevo marco jurídico e institucional, adelantándonos en lo posible al futuro.
- Las mejoras jurídico-institucionales en servicios sociales no pueden realizarse en paralelo a las reformas en prestaciones y organización que los nuevos tiempos están exigiendo. Es prioritario definir, o al menos prever, cuáles son los nuevos escenarios de actuación de los servicios sociales, su naturaleza en la sociedad actual, para luego pasar a objetivar en normas jurídicas esos nuevos escenarios. De ahí la dificultad en concretar cuáles deben ser las mejoras jurídicas sin antes tener configurados los servicios sociales que exige la sociedad del momento.
- Los cambios jurídicos, por constituir plasmación de comportamientos y relaciones humanas, no pueden efectuarse con la misma rapidez que los cambios sociales. En este sentido debe huirse de la precipitación y de la abundancia asistemática de normas, uno de los males que acosan al mundo jurídico actual, pero especialmente al ámbito de los servicios sociales y de la protección social en general. Debe esperarse a que los cambios sociales se asienten suficientemente, o al menos a que la sociedad esté preparada para un cambio, antes de acometer reformas jurídicas. Han existido, ciertamente, cambios sociales motivados por una reforma jurídica, pero no debe olvidarse que también existen muchas normas jurídicas con afán novedoso que han devenido en letra muerta por no ajustarse a la realidad social que pretendían modificar.

En este contexto cabría, pues, preguntarse si los servicios sociales, en su configuración general, deben ser objeto de mejora en la sociedad actual, y en qué aspectos concretos. Pero no indagaremos aquí cuál debe ser la respuesta a esa pregunta, que ya se realiza en otros capítulos de esta obra². Sí nos compete examinar, teniendo en cuenta que los servicios sociales nacen en los años setenta con una configuración jurídica que se transforma sustancialmente en la siguiente década, tanto en los aspectos de contenido, como formales y

² Además de lo que se expone en este libro, es necesario hacer referencia al apunte bien sistematizado que ofrece Demetrio CASADO PÉREZ en su obra *Reforma política de los Servicios Sociales*, CSS, Madrid, 2002.

competenciales, si la formulación jurídica de los servicios sociales en la sociedad actual es la más acorde con las circunstancias del momento. La tarea no es sencilla, por distintos motivos, entre los que se indican los siguientes:

- No existe una fuente de producción jurídica única, sino varias. Se encuentran diversificadas, como de todos es sabido, en cada una de las Comunidades Autónomas, y la novación de normas en éstas es bastante frecuente sin que exista uniformidad al respecto. También dictan normas, o disposiciones equivalentes, otras Administraciones: General del Estado, Ciudades Autónomas, Territorios Históricos, Diputaciones Provinciales, Consejos Insulares, Cabildos, Comarcas, Mancomunidades y Ayuntamientos.
- El contenido material de los servicios sociales está cambiando, en ocasiones por exclusión y en otras por adición. Esto no supone ninguna novedad; ha sido una constante histórica en el devenir de los servicios sociales. La inmigración –por no citar la educación, el empleo o la prevención de deficiencias en años anteriores– fue objeto de los servicios sociales hace pocos años, pero paulatinamente, y sin que los servicios sociales para inmigrantes tengan que desaparecer como es lógico, la inmigración está adquiriendo mayor importancia en los ámbitos de la educación, la sanidad, el empleo, o la vivienda. Los enfermos mentales crónicos, por el contrario, han entrado durante los últimos años en la rama de servicios sociales.
- Subsiste todavía la distinción entre servicios sociales generales y servicios sociales especializados, introducida en todos los sistemas jurídicos autonómicos en la década de los ochenta. Dicha distinción no respondía sólo a un criterio formal, o de distribución de competencias, sino que implicaba aspectos sustantivos. Los servicios sociales generales eran de carácter polivalente y tenían por objeto el desarrollo del bienestar social de todos los ciudadanos, mientras que los especializados se organizaban y actuaban en función de sectores de población³. La citada diferenciación que, quizá sin pretenderlo, oponía el carácter universal de los servicios sociales generales frente al carácter sectorial de los especializados, es más difícil de mantener en los momentos actuales. En las Leyes más recientes está siendo sustituida por la distinción entre servicios sociales de atención primaria, y de atención especializada, si bien, en el fondo unos y otros siguen reflejando la diferencia en-

³ Véase, al respecto, el artículo 4º de la Ley 11/1984, de 6 de junio (Madrid), de Servicios Sociales, así como Leyes posteriores de Servicios Sociales que se inspiran en ella: Ley 5/1987, de 11 de abril (Asturias) de Servicios Sociales, art. 5; Ley 9/1987, de 11 de febrero (Baleares), de Acción Social, art. 8; Ley 9/1987, de 28 de abril (Canarias), de Servicios Sociales, arts. 6.1 y 7.1; Ley 3/1986, de 16 de abril (Castilla-La Mancha), de Servicios Sociales, art. 4; Ley 18/1988, de 28 de diciembre (Castilla y León), de Servicios Sociales, arts. 6.1 y 8.1; Ley 5/1987, de 23 de abril (Extremadura), de Servicios Sociales, art. 4; Ley 3/1987, de 27 de mayo (Galicia), de Servicios Sociales, arts. 4 y 6; Ley 8/1985, de 9 de diciembre (Murcia), de Servicios Sociales, arts. 7 y 8.

tre servicios sociales generales y especializados⁴. A nuestro juicio esta distinción entre atención social primaria y especializada tiene razón de ser, si bien no identificando necesariamente la atención primaria con los servicios sociales generales, ni la atención especializada con los servicios sociales especializados. No se trata de oponer lo universal frente a lo sectorial, sino de establecer dos niveles organizativos en el acceso a los servicios sociales, al igual que existe en el sistema sanitario, sin que ello comporte una delimitación rígida de contenidos prestacionales, pues éstos se encuentran muy entrelazados entre sí.

- El problema competencial de las distintas Administraciones públicas es uno de los aspectos jurídicos más característicos del momento actual. Existe una tendencia cierta, englobada en la noción del llamado Pacto Local, a transferir competencias desde las Comunidades Autónomas a los Ayuntamientos, presumiendo como bondad, en ocasiones como axioma inapelable, que los municipios deben gestionar los servicios sociales por ser las entidades más próximas al ciudadano. Por otra parte se ha alzado vigorosa la Administración General del Estado reclamando un papel más protagonista en determinados ámbitos de los servicios sociales. En cierto sentido puede hablarse de «tensión competencial» entre Administraciones; una prueba de ello es que, ante la elaboración de una Ley estatal que afecta al ámbito de los servicios sociales, la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (en adelante LEAPAD), algunas Comunidades Autónomas se han apresurado a anunciar la modificación de su Ley de Servicios Sociales.⁵
- Existen motivos para pensar que el ciudadano se encuentra confuso sobre qué Administración pública le presta, o debe prestarle, los servicios sociales. Se legisla o se dictan normas, se establecen servicios o prestaciones desde las diversas Administraciones, sin tener en cuenta las interferencias entre unas y otras, incluso con cierta competitividad en mostrar cuál de ellas es la más operativa o benevolente. Este hecho puede generar, además de desinformación, duplicidad en la asignación de recursos y una inevitable querencia en el ciudadano de llamar a muchas puertas para conseguir aquello que desea.

Ante este panorama, nos ha parecido oportuno centrar la exposición en dos grandes apartados. El primero estará referido a determinadas cuestiones jurídicas generales, cuya modificación normativa parece conveniente introducir en la regulación de los servicios sociales. El segundo versará sobre algunos comentarios a la LEAPAD, al tratarse de una importante novación normativa que se ha producido en el ámbito de los servicios sociales.

⁴ Como muestra, véase la definición que, de la atención social primaria y de la atención social especializada ofrece la Ley 11/2003, de 27 de marzo, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid, arts. 30 y 32.

⁵ Es el caso de Castilla y León, Navarra, Cataluña y Cantabria.

12.1. MEJORAS JURÍDICAS GENERALES

Las llamamos generales porque afectarían a todos los sistemas autonómicos de servicios sociales. También podríamos adjetivarlas como principales, pues en su consideración hemos elegido las que nos parecen de mayor importancia. Referirlas en concreto a cada sistema jurídico autonómico sobrepasaría el límite y la finalidad de estas páginas.

12.1.1. Elaboración de una Ley estatal reguladora de las condiciones básicas de servicios sociales

Es muy probable que, leído este primer apartado, algunos lo consideren como un mero *desideratum*, por no decir un brindis al sol, teniendo en cuenta que, para conseguir este fin, es necesario un difícil concurso de voluntades entre la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas. Es probable que no la hubiéramos enunciado como mejora jurídica, aunque desde hace años la venimos defendiendo⁶, si el Estado no hubiese tomado la iniciativa de promulgar la LEAPAD.

Promulgada la Constitución y los Estatutos de Autonomía de las distintas Comunidades Autónomas, en pleno auge de los servicios sociales de la Seguridad Social para la tercera edad y minusválidos (así se llamaban entonces), transformada la antigua beneficencia municipal y provincial en servicios sociales, y ante la pérdida de competencias del Estado en materia de asistencia social, se plantea en la Administración General del Estado, en 1983, la necesidad de elaborar una Ley marco de servicios sociales que definiera las competencias del Estado en materia de servicios sociales.⁷ Supuso un intento de evitar la posible dispersión legislativa que podría surgir de la libertad normativa de las Comunidades Autónomas. La noción de Ley marco, inicialmente utilizada, fue pronto sustituida por la de Ley General. En 1984, aprobadas ya tres Leyes autonómicas de Servicios Sociales, se intentó promover una Ley General de Servicios Sociales, dentro del ámbito de la Seguridad Social, «con el objeto de establecer una regulación unitaria e integrada de los Servicios Sociales para todos los ciudadanos»; a tal fin tuvo lugar, del 5 al 9 de marzo de 1984, la Segunda Consulta Internacional sobre reforma de los Servicios Sociales en España. Se elaboró un borrador de Ley General, que no pudo superar los muchos obstáculos encontrados, entre los que tuvieron un peso relevante las leyes de servicios sociales ya aprobadas por algunas Comunida-

6 Véase ALONSO SECO, J.M. y GONZALO GONZÁLEZ, B. *La asistencia social y los Servicios Sociales en España*, B.O.E., 2ª ed., Madrid, 2000, pág. 136. Ya figuraba en la edición de 1997.

7 Véase OLIVA MORALES, J.M. y SANCHEZ AYUSO, M. «La política de Servicios Sociales: situación actual en España. Alternativa socialista», en *Cambio social y Servicios Sociales*, Cuadernos de Política Sectorial, PSOE, Madrid, 1981, pag. 45.: «Es inaplazable la presentación en el Parlamento español de una *Ley Marco de Servicios Sociales* que configure el sistema público que propugnamos. Esta Ley Marco de Servicios Sociales será el complemento necesario a nivel del Estado de las Leyes de Servicios Sociales presentadas en los Parlamentos de Euskadi y Cataluña y de la Ley de Régimen Local en cuanto que concede competencias de servicios sociales a los Entes Territoriales».

des Autónomas, así como los anteproyectos de ley que estaban elaborando otras⁸.

Presentaba una importante dificultad por otra parte, la utilización del instituto jurídico constitucional de «legislación básica»: el Estado no había retenido competencias en legislación básica en materia de asistencia social, y acudir al artículo 149.1.1ª de la Constitución se veía entonces con muchas reticencias por el Tribunal Constitucional. Lo cierto es que el Estado quedó desapoderado de competencias en servicios sociales, mientras que las Comunidades Autónomas comenzaron a promulgar con urgencia sus propias Leyes de servicios sociales. Ni siquiera en los servicios sociales de la Seguridad Social, sobre los que podía retener competencias en materia de legislación básica (CE, art. 149.1.17ª), el Estado se preocupó de exigir sus propias competencias, a pesar de que, en los Reales Decretos de traspaso de competencias que realiza el entonces Instituto Nacional de Servicios Sociales figura expresamente que el régimen jurídico y económico de los servicios sociales de la Seguridad Social es competencia del Estado.

Llegamos al momento actual. Se produce la antinomia de que, aunque determinadas Comunidades Autónomas reclaman mayor capacidad de autogobierno y el Estado la concede, sin embargo, éste acomete en el ámbito de los servicios sociales la elaboración de la LEAPAD con el fin de crear, a través de ella, un Sistema Nacional de Atención a la Dependencia (fue la primera denominación que tuvo). Si bien el Tribunal Constitucional ha reinterpretado en sus últimas sentencias el artículo 149.1.1ª de la Constitución de forma menos restrictiva, llama la atención que el Estado abandone su anterior inercia para adentrarse en un ámbito normativo de competencia exclusiva de las Comunidades Autónomas, pudiéndolo haber hecho, sin ningún problema, por la vía de la legislación básica en Sanidad o en Seguridad Social.

El informe del Consejo de Estado, previo a la tramitación parlamentaria de la LEAPAD, emitió dictamen favorable en lo que se refiere a la justificación constitucional de la competencia del Estado para promulgar la Ley: introdujo algunos importantes matices para preservar la libertad normativa que tienen las Comunidades Autónomas. Pero, en lo esencial, la posibilidad de que el Estado promulgue una Ley en materia de dependencia, en cuanto posee la facultad de fijar las condiciones básicas que regulen el ejercicio de los derechos y deberes de los ciudadanos con independencia del territorio en que residan, el aval del Consejo de Estado es firme y con riguroso fundamento jurídico.

Se escriben las anteriores consideraciones porque los mismos fundamentos, e idéntico alcance, que establece el Consejo de Estado para funda-

⁸ Véase MARTÍNEZ ROMÁN, M.A. y GUILLÉN SÁDABA, E., «La reorientación de los Servicios Sociales en los 80», en GARCÍA VILLALUENGA, L. (Coord.), *El derecho y los servicios sociales*, Comares, Madrid, 1997, págs. 17-20. A nuestro juicio, y aunque no puede afirmarse que existiera relación de causa a efecto, también ejerció influencia en el desistimiento la jurisprudencia del Tribunal Constitucional, en especial la STC 76/1983, de 5 de agosto (recurso previo de constitucionalidad contra la LOAPA), que estableció expresamente límites a la potestad legislativa del Estado cuando las Comunidades Autónomas tienen atribuidas competencias en virtud de disposiciones constitucionales expresas.

mentar en el artículo 149.1.1ª de la Constitución la competencia de la Administración General del Estado en la regulación de la LEAPAD, son válidos, a nuestro juicio, para elaborar una Ley reguladora de las condiciones básicas de servicios sociales. Condiciones básicas que, al igual que las normas básicas, ordenan y limitan, sin agotarlo, el ejercicio de las competencias de las Comunidades Autónomas, por lo que tienen carácter vinculante para éstas (STC 164/2001, de 11 de julio). La verdadera significación del dictamen del Consejo de Estado es que, sobre una sólida base de jurisprudencia constitucional, justifica la competencia del Estado para regular, al amparo del artículo 149.1.1ª de la Constitución, las condiciones básicas en aquellas materias que guarden una estrecha relación directa, indirecta, o inmediata con los derechos reconocidos por la Constitución. El objeto material de los servicios sociales está incluido en el Título I de la Constitución, relativo a derechos y deberes fundamentales: la familia (art. 39.1), la infancia (art. 39.4), emigrantes españoles retornados (art. 42), la juventud (art. 48), las personas con discapacidad (art. 49), las personas mayores (art. 50), etc. Por ello, la afirmación que hace sobre la competencia estatal para regular las condiciones básicas en la atención a la dependencia, poniendo en relación los artículos 49 y 50 con el 149.1.1ª de la Constitución, son válidas, a nuestro juicio, para el resto de los servicios sociales. Como bien se dice en el dictamen, «según la doctrina constitucional, el artículo 149.1.1ª constituye un título competencial autónomo, positivo o habilitante que permite al Estado una regulación, aunque limitada a las condiciones básicas que garanticen la igualdad, que no el diseño completo y acabado de su régimen jurídico (STC 61/1997, de 20 de marzo, y STC 188/2001, de 20 de septiembre)».

Además de lo dicho anteriormente, existen actividades o prestaciones de servicios sociales que difícilmente pueden sustraerse a la competencia del Estado, razón que justificaría, más aún si cabe, la conveniencia de la ley estatal a que nos venimos refiriendo. Materias como la inmigración, competencia ciertamente de Comunidades Autónomas y de Ayuntamientos por las implicaciones directas que tiene para ellos, han de tener cabida explícita en la Administración General del Estado por la propia naturaleza de la inmigración, que desborda ámbitos territoriales menores a los del Estado y que confluye con competencias transversales exclusivas de éste. Digase lo mismo de las situaciones de emergencia de ámbito nacional e internacional, a las que el Estado debe dar respuesta pronta y unitaria; de actuaciones sociales que desbordan los límites territoriales de Comunidades Autónomas y de Ayuntamientos; de la regulación en el acceso a servicios de Comunidades Autónomas diferentes cuando los usuarios lo necesitan; de dispositivos de atención que, por su peculiaridad, han de tener ámbito estatal; etc.

Sería objeto de mayor discusión –al igual que lo ha sido en la LEAPAD– cuáles deben ser las condiciones básicas a que debe ceñirse la Ley estatal de servicios sociales que aquí se preconiza. Lo más operativo podría ser circunscribirla a los derechos básicos que asisten a los ciudadanos en materia de servicios sociales, al catálogo básico de servicios, a su forma de financiación, y a las competencias que asume el Estado, bien por sí mismo o delegando su ejecución a

las Comunidades Autónomas. Seguir el modelo más extensivo, y hasta quizá más ambicioso, de la LEAPAD, basado en el sistema de cooperación interadministrativa, nos parece que presentaría una mayor complejidad y mayores problemas de delimitación competencial entre Administraciones públicas. En cualquier caso, tendría que evitarse la regulación de aspectos organizativos y conexos, que no nos parece respondan al concepto de «condiciones básicas» por tener un carácter más instrumental.

Decíamos al comienzo de este apartado que no será fácil acometer esta tarea. La regulación de las condiciones básicas en servicios sociales por parte del Estado tendría que obligarlo, al igual que ha sucedido con la LEAPAD, a garantizar y financiar esas condiciones básicas, traducidas en formas de mínimos prestacionales. Y existen dudas bastante razonables para pensar que el Estado quiera cargar con el peso de esa financiación, y menos aún después de la obligación adquirida de costear una parte de las prestaciones de atención a la dependencia. Por otra parte, la tendencia política actual hacia una mayor asunción de competencias por parte de algunas Comunidades Autónomas, en la que el Estado parece manifestarse aquiescente, no facilita el terreno para conseguir este propósito.

Ahora bien, que sea difícil no implica que, en un análisis razonado de la situación jurídica actual de los servicios sociales, no deba hacerse. Si en la sanidad y la Seguridad Social existe homogeneidad, no exactamente identidad, en el catálogo de prestaciones que se presta en todo el territorio nacional⁹, no se ve por qué, en un ámbito tan sensible al bienestar social como son los servicios sociales, no deba existir al menos una mínima homogeneidad que garantice las condiciones básicas que aseguren la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos y en el cumplimiento de los deberes constitucionales. Ni tampoco parece conveniente que el Estado se desapodere de competencias en este área de la protección social, siquiera sea para compensar los efectos nocivos que producen las regulaciones jurídicas territoriales, sean autonómicas, provinciales o municipales, al exigir como requisito previo de acceso a las prestaciones el empadronamiento en el respectivo territorio. No es baladí esta última afirmación, pues el citado requisito supone un obstáculo, implícito al menos, a la libertad de circulación de personas en todo el territorio español (CE, art. 149.2).

12.1.2. Progresivo reconocimiento de los servicios sociales como derecho del ciudadano

Es ya lugar común la afirmación de que, hasta la fecha, los servicios sociales son prestaciones de carácter discrecional, a diferencia de otros ámbitos de la protección social como son la asistencia sanitaria –y relativamente porque no

⁹ Véase, al respecto, el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización (B.O.E. núm. 222, de 16 de septiembre).

afecta a todas las prestaciones del elenco sanitario ni se conceden por la mera solicitud del interesado— o las prestaciones económicas de la Seguridad Social.

La anterior afirmación precisa alguna matización. Desde la aparición de la antigua Beneficencia, primer sistema de servicio público existente en nuestro país, hasta nuestros días, las cosas han ido cambiando progresivamente. Las prestaciones de la Beneficencia eran discrecionales¹⁰. Las prestaciones de servicios sociales y de asistencia social que nacen en 1966 en la Seguridad Social eran también potestativas, hasta tal punto que la denegación de prestaciones de asistencia social no podía ser objeto de recurso alguno en vía administrativa ni jurisdiccional¹¹. Ese carácter discrecional sigue presente en todas las Leyes autonómicas de Servicios Sociales de primera generación, en la década de los ochenta; dichas Leyes contemplan prestaciones públicas de servicios sociales que pueden concederse, pero no derechos subjetivos del individuo exigibles ante las Administraciones.

El carácter discrecional a que antes se aludió va perdiendo fuerza con la publicación de determinadas normas reglamentarias, en especial las que regulan el ingreso en centros de servicios sociales. Éstas no crean, ciertamente, un derecho subjetivo en sentido propio, pero tampoco puede decirse de ellas que amparen o legitimen una actuación discrecional de la Administración. En efecto, al establecer requisitos objetivos para que una persona acceda a un centro o servicio, la Administración se autolimita de forma que ha de atenerse, en su actuación, a condiciones predeterminadas. Por otro lado, al existir esos requisitos y condiciones, el ciudadano percibe que su interés legítimo se encuentra más reglado y, en consecuencia, más protegido jurídicamente porque, además, la actuación de la Administración está siempre sometida al control y revisión jurisdiccional. Dichas normas no responden, pues, a la noción de derecho subjetivo en sentido propio, sino a la de interés legítimo. Alguna de ellas, no obstante, se ha configurado como derecho subjetivo¹².

Es interesante, asimismo, contemplar la evolución seguida por las Leyes autonómicas de Servicios Sociales. En las que fueron objeto de reforma a comienzos de este siglo,¹³ se da un cambio de orientación con relación a las promulgadas en la pasada década de los ochenta. Con carácter general, estas úl-

¹⁰ Muestra de ese carácter discrecional es el artículo 133 de la Ley de Beneficencia de 1822: «Ese Plan de Beneficencia se irá planteando en toda la monarquía al paso que se proporcione medios para verificarlo».

¹¹ Véase la Ley General de la Seguridad Social, Texto Refundido de 1974, art. 37.

¹² Es el caso, por poner un ejemplo reciente, de la Orden 92/2006, 1 de febrero, de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales, por la que se regula la concesión de ayudas económicas a las personas mayores para la implantación de prótesis dentales y se aprueba su convocatoria para el año 2006. Las prestaciones económicas en ella reguladas no son objeto de convocatoria previa y posterior resolución administrativa que concede o deniega la prestación en función del presupuesto existente, sino que el ciudadano que cumple los requisitos de edad, residencia y económicos establecidos en ella, con sólo presentar factura correspondiente al tipo de prótesis dental implantada, de entre las previstas en la Orden, tiene derecho al abono de la prestación económica.

¹³ Véanse, como muestra, la Ley 1/2003, de 24 de febrero (Asturias) de Servicios Sociales y la Ley 11/2003, de 27 de marzo (Madrid), de Servicios Sociales.

timas, con independencia de los aspectos competenciales y organizativos propios de toda Ley, regulaban de forma preferente prestaciones, en cuanto modalidades de posible actuación pública. En las más recientes se comienza por regular los derechos que asisten al ciudadano en materia de servicios sociales, para pasar luego a las distintas prestaciones. No sólo la inclusión de los derechos ciudadanos, ya importante por sí misma, sino su ubicación en los textos normativos antes de las prestaciones, está indicando de alguna manera que las prestaciones responden, han de responder, a los derechos primeramente enunciados. Las Leyes de Servicios Sociales siguen, en este punto, la misma técnica jurídica que la Ley de Sanidad de 1986, cuyo artículo 10, en el que se regulan los derechos ciudadanos en materia de asistencia sanitaria, se ha revelado en los años posteriores de especial importancia. No estamos afirmando que las nuevas Leyes, por la inclusión de derechos del ciudadano, les reconozcan derechos subjetivos; mostramos únicamente el cambio de orientación producida.

Lo cierto, y en este punto central debe insistirse, es que los servicios sociales tienden a ser considerados en la actualidad –y esto es lo verdaderamente importante– como derechos subjetivos que deben tener la misma consideración que otros derechos ya consolidados, como son los relativos a la asistencia sanitaria o a la Seguridad Social. No es una realidad aún, pero sí una tendencia firme. Renace con toda su fuerza el contenido del artículo 53.3 de la Constitución, que establece que los principios rectores de la política social –entre ellos la sanidad, la Seguridad Social y los servicios sociales– «sólo podrán ser alegados ante la Jurisdicción ordinaria de acuerdo con lo que dispongan las leyes que los desarrollen». La sanidad y la Seguridad Social han tenido leyes que desarrollan dichos principios rectores, también llamados derechos en el Título constitucional donde se engloban. Es el momento de que los servicios sociales tengan leyes donde se recoja su exigibilidad, frente al anterior carácter discrecional. Así ha sucedido con la LEAPAD, cuyo artículo primero establece expresamente que «la presente Ley tiene por objeto regular las condiciones básicas que garanticen la igualdad en el ejercicio del derecho subjetivo de ciudadanía a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia», si bien atempera la anterior afirmación con el inciso modulador «en los términos establecidos en las leyes», que rebaja el carácter más rotundo y extensivo de la afirmación precedente.

Lo importante, pues, que queremos señalar es la orientación actual hacia un reconocimiento de los servicios sociales como algo más, no ya de una acción benéfica, sino posibilista de las Administraciones públicas. En escritos anteriores nuestros y de otros autores se ha venido insistiendo en esta línea, y hemos de subrayarla más aún en los momentos actuales¹⁴.

14 Véase ALONSO SECO, J.M. «Exigibilidad o discrecionalidad de la acción social pública», en GUILLÉN, E. (Comp.), *Sobre problemas y respuestas sociales. Homenaje a Demetrio Casado*. Hacer, Zaragoza, 2005, págs 49-57. ALONSO SECO, J.M. y GONZALO GONZÁLEZ, B, *La asistencia social...*, págs. 530-542.

No puede pedirse –y de ahí la nominación de *progresivo reconocimiento* que tiene el presente apartado– que los servicios sociales se conviertan, de la noche a la mañana, en derechos subjetivos plenos en toda su extensión. En ningún sistema de protección social ha sucedido así; al contrario, se han ido consolidando como derechos plenos y universales a lo largo del tiempo. Por otra parte, los servicios sociales tienen un contenido material sumamente amplio, tan extensivo que cada circunstancia social nueva exige la implantación de nuevas modalidades de servicio social. Por lo mismo, habrá que ir acotando poco a poco, a medida que el servicio esté más perfilado y las posibilidades financieras lo permitan, la rama concreta de servicios sociales que puede ofrecerse como derecho a los ciudadanos. Así ha ocurrido en algunas Comunidades Autónomas con la renta mínima de inserción,¹⁵ o acaba de suceder, mediante implantación gradual, con la regulación estatal de la atención a la dependencia.

En síntesis, algunos servicios sociales, o mejor aún, algunas prestaciones sociales que se encuentran en su órbita, han dejado de ser discrecionales para convertirse en derechos exigibles por el ciudadano. Esta tendencia marca la mejora hacia la que deben ir en la actualidad y en el futuro. Sin perder nunca de vista que, tan importante como implantar por ley servicios sociales exigibles en Derecho, más lo es mantenerlos, para lo cual son del todo necesarias unas fuentes de financiación seguras y estables, la creación y sostenimiento de los recursos necesarios para ello, establecimiento de titulaciones académicas específicas para trabajar en servicios sociales, formación continua de los profesionales, y otros aspectos conexos necesarios para que los derechos puedan ser efectivamente reconocidos y disfrutados.

12.1.3. Mayor avance en la regulación de la responsabilidad pública en materia de servicios sociales

Cabe decir, en primer lugar, que la responsabilidad pública es característica esencial de un sistema jurídico público de servicios sociales. No es la única, pero sin ella no se podría hablar de sistema público. Ha sido recogida como principio informador o rector de los servicios sociales en las Leyes reguladoras de éstos.

El principio de responsabilidad pública de las Administraciones fue entendido en la mayor parte de las primeras Leyes autonómicas de servicios sociales como adscripción o aportación de recursos financieros, humanos y técnicos públicos, adecuados a la consecución de los objetivos propuestos (Leyes de Andalucía, Asturias, Baleares, Cantabria, Castilla-La Mancha, Cataluña, Extremadura, Galicia, Madrid, Murcia, Navarra, País Vasco, La Rioja y Comunidad Valenciana) o, de forma más precisa, como configuración de un marco jurídico que establezca derechos y deberes impidiendo actuaciones graciables (Ley de Aragón). En la modificación de algunas de dichas Leyes se ha configurado de

¹⁵ A modo de ejemplo véase la Ley 15/2001, de 27 de diciembre, de Renta Mínima de Inserción de la Comunidad de Madrid, y su Reglamento, aprobado por Decreto 147/2002, de 1 de agosto.

manera distinta. En la Comunidad de Madrid, por ejemplo, se concibe la responsabilidad pública como «la promoción, planificación, coordinación, control, ejecución y evaluación de los servicios sociales para dar respuesta a las necesidades detectadas, a través de análisis objetivos, conforme a criterios de equidad y justicia social» [art. 3.a)].¹⁶

Lo primero que nos parece debe ser mejorado jurídicamente, en este aspecto concreto, es situar a la responsabilidad pública no sólo como principio informador de los servicios sociales, sino como concreta obligación de hacer por parte de las Administraciones públicas. Para lo cual debe definirse previamente hasta dónde alcanza la responsabilidad pública en servicios sociales.

A nuestro juicio es preciso distinguir los niveles de responsabilidad correspondientes a las dos formas de actuación de la Administración, una como autoridad pública, otra como gestora o prestadora de servicios públicos. El primero se refiere a la responsabilidad sobre las condiciones que ha de tener cualquier servicio social para ser autorizado su funcionamiento. El segundo hace alusión a la responsabilidad de las distintas Administraciones en el contenido y alcance de las prestaciones a que están obligadas, o a las que ellas se obligan, a dispensar a los ciudadanos. Dichas prestaciones constituyen servicios públicos, que pueden gestionarse por la Administración directamente, o de manera indirecta mediante concesión o concierto. Del segundo nivel de responsabilidad mencionado, sin que tampoco pueda excluirse el primero, puede derivarse, asimismo, responsabilidad patrimonial de las Administraciones por el funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos.¹⁷

Todos los sistemas jurídicos autonómicos de servicios sociales han regulado, y más recientemente mediante normas legales, la exigencia de unos requisitos mínimos que deben reunir los recursos y equipamientos de servicios sociales para que puedan ser autorizados y entrar en funcionamiento. También han establecido la función inspectora y un régimen administrativo sancionador para supuestos de incumplimiento. Valga como ejemplo el de la Comunidad de Madrid: la Ley 11/2002, de 18 de diciembre, tiene por objeto «garantizar la adecuada prestación de los servicios sociales mediante la regulación y ordenación de la actividad de las entidades, los centros de servicios sociales y servicios de acción social, de acuerdo con las condiciones materiales y funcionales definidas en los artículos de esta Ley» (art. 1.1), y establece como finalidad del régimen de au-

¹⁶ Ley 11/2003, de 27 de Marzo, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid, art. 3 a).

¹⁷ La responsabilidad patrimonial de la Administración, que tomó cuerpo en Derecho Administrativo con la Ley de Expropiación Forzosa, tiene hoy fundamento constitucional (CE, art.106.2). En la legislación administrativa se encuentra desarrollada en el art.139.1 de la LRJAP-PAC: «Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos.» La responsabilidad patrimonial se deriva, por lo general, al funcionamiento de los servicios públicos, pero tampoco puede excluirse de otras actividades de la Administración Pública. Por citar un ejemplo, la STC (Sala de lo Contencioso-Administrativo), de 16 de diciembre de 1997, admite la responsabilidad patrimonial de la Administración porque ésta rehusó ofrecer publicidad institucional a un determinado periódico, habiéndola ofrecido y pagado a los restantes.

torizaciones que prevé, «preservar el interés público que subyace en toda actividad prestadora de servicios sociales» (art. 2.2).

A nuestro juicio, a medida que se avanza en el intervencionismo público sobre requisitos de autorización, de funcionamiento, control por la inspección, y régimen sancionador, la Administración va adquiriendo un mayor compromiso de responsabilidad pública sobre aquello que está obligada a intervenir por exigencia de preservar el interés público. ¿Hasta dónde llega el alcance y límites de esta responsabilidad?, ¿Se trata sólo de una responsabilidad *in vigilando*, o queda limitada a la responsabilidad patrimonial de la Administración cuando se den los supuestos legales de ésta? Esta es la cuestión sobre la que cabe profundizar y avanzar, porque los establecimientos de servicios sociales, aun los de titularidad privada, cumplen todos ellos una función pública, responden a un interés público que la Administración debe tutelar y garantizar. La garantía lleva implícita también una responsabilidad de acción, que sirva de soporte a las funciones de ordenación, control e inspección y régimen sancionador. Como bien afirma MARTÍN REBOLLO, la responsabilidad en el Estado Social de Derecho «se yergue como un pilar fundamental del Derecho Administrativo, que nació como garantía de los administrados pero también para propiciar una Administración transformadora y gestora de los servicios e intereses públicos; se convierte la responsabilidad en el gozne de las relaciones entre la Administración y los ciudadanos, y aparece como el correlato de la eficacia a la que apela, en definitiva, la propia Constitución».¹⁸

Por lo que se refiere a la responsabilidad pública en el otorgamiento de las distintas prestaciones de servicios sociales, parece claro que, dada la naturaleza tan extensiva de los servicios sociales, no puede exigirse de la Administración una responsabilidad total en este ámbito. Será responsable de las prestaciones que vaya estableciendo, según lo permitan sus posibilidades financieras. A nuestro juicio, este nivel de responsabilidad debería ir asociado a los correlativos derechos del ciudadano. En otras palabras, la responsabilidad pública dejaría de ser principio rector de los servicios sociales, definida de modo genérico; tendría que ir vinculada a la obligatoriedad nacida de un derecho o derechos concretos reconocidos al ciudadano, así como del establecimiento progresivo de «carteras de servicios» que la Administración se obliga a prestar, bien por sí misma, bien bajo las diversas formas de gestión indirecta de servicios públicos¹⁹.

Tampoco vamos a afirmar que el establecimiento de esta mejora sea tarea fácil. Una Administración no se va a declarar responsable si no es con las necesarias precauciones. Ahora bien, como quiera que de un sistema público surge necesariamente una responsabilidad pública, conviene ir perfilando los

18 MARTÍN REBOLLO, L. «Nuevos planteamientos en materia de responsabilidad de las Administraciones Públicas», en *Estudios sobre la Constitución española. Homenaje al profesor Eduardo García de Enterría*, Civitas, Madrid, 1991, t. III, pág. 2800.

19 «Sólo se puede pedir al Estado, es decir, a las Administraciones Públicas en general, lo que el Estado está obligado a dar. No más. Caeríamos, si no, en un paternalismo trasnochado que conduce, al final, a la ausencia de lo que es también la base del propio Estado: una sociedad civil fuerte, responsable, consolidada y exigente», MARTÍN REBOLLO, L. *op.cit.*, pág. 2825.

niveles de responsabilidad, y hasta dónde llega uno y otro.

12.1.4. Ordenación de los recursos sociales para hacerlos más próximos al lugar de residencia del ciudadano

Alguien pudiera pensar que esta propuesta no es una mejora jurídica, sino organizativa, al tratarse de recursos. La consideramos, sin embargo, porque toda distribución de recursos termina descansando en una norma jurídica. En cualquier caso, lo que más interesa tratar es la proximidad de los servicios sociales al ciudadano, como tendencia que se hace más acusada en nuestro tiempo.

Todas las Leyes autonómicas de servicios sociales, o sus reglamentos de desarrollo, abundan en expresiones relativas a planificación, establecimiento de mapas de recursos sociales, de áreas geográficas determinadas, etc. Tienen, ciertamente, su justificación en el hecho de que, una vez establecida una red pública de servicios sociales (como de cualquier otra rama de protección social a través de servicios públicos), se desprende la necesidad de que los ciudadanos queden adscritos a ellos en función de criterios de población, de dimensión y especialización del servicio, de distribución territorial, etc. Pero no debe olvidarse que toda planificación no es sólo un instrumento operativo, sino en el fondo, cuando se realiza desde la Administración, una manifestación intervencionista de los poderes públicos. Y aquí se centra la cuestión en lo que nos concierne: ¿puede, o debe, considerarse como mejora jurídico-institucional un intervencionismo público acusado en servicios sociales?

La respuesta variará según sea la opción ideológica que se tome. Para quienes sostienen que los servicios sociales han de tener la consideración de servicios públicos en toda la amplitud de este término, la planificación pública será exigencia previa, hasta el punto de que la ubicación concreta de los recursos sociales deberá estar condicionada a la aprobación previa de la Administración. Quienes, aun considerando los servicios sociales como sistema público, estimen sin embargo que el intervencionismo de la Administración no puede llegar a imponer dónde y cómo han de estar y ser los recursos sociales, la planificación no será un requisito ineludible, sino mero instrumento de actuación que no obstaculice la libertad de creación de centros, vinculada esta última a la libertad de creación de empresa²⁰. Pero, como ya se dijo antes, no pretendemos ahora discutir uno u otro modelo, sino hacer hincapié en la necesidad, o al menos la conveniencia, de que los distintos recursos de servicios sociales se encuentren lo más próximos al lugar de residencia de los usuarios y de sus familiares. Debe tenerse en cuenta, además, que la proximidad no se consigue sólo a través de técnicas descentralizadoras, que desplazan la gestión de una Administración a otra, sino también mediante la desconcentración, técnica que no supone traspaso de funciones y servicios de una Administración a otra, sino la organización de los recursos de una misma Administración tomando como base criterios conjuntos de proximidad y jerarquización.

²⁰ Sobre planificación en servicios sociales véase ALEMÁN BRACHO, C. y GARCÍA SERRANO, M. *Fundamentos de Bienestar Social*, Tirant Lo Blanch, Valencia, 1999, págs. 333-391.

En ese sentido, y con independencia de que la iniciativa privada pueda tomar las decisiones que considere más oportuno, se hace preciso ir avanzando en el diseño de recursos sociales de referencia. El modelo sanitario puede servir de ejemplo; los ciudadanos de un territorio determinado tienen su centro de salud, su centro de especialidades médicas y su hospital. En servicios sociales la cuestión se hace más compleja, pues, a diferencia de la sanidad, no existe un único objeto en su contenido material, sino varios. Habrá que realizar una distribución territorial, que no será fácil de hacer coincidir, de los recursos para menores, para personas con discapacidad, para personas mayores, y para otros sectores de atención.

¿Cómo conseguirlo a través de normas jurídicas? La experiencia ha mostrado que se han realizado, mediante normas legales o reglamentarias, divisiones territoriales que, en la práctica, han adolecido en ocasiones de operatividad. En este caso, como en otros, la norma debe ser posterior a la creación organizada de recursos públicos, para pasar luego a su distribución territorial mediante la norma correspondiente. Y en ese empeño radica precisamente la dificultad, más aún si se tiene en cuenta que muchos de los recursos de servicios sociales actualmente existentes son herencia de los creados en años anteriores por otras Administraciones; en el caudal hereditario recibido no sólo está el recurso social, sino su ubicación, unas veces adecuada, otras inadecuada, a las necesidades de los tiempos actuales.

Tendría que buscarse, y reflejarse en la normativa correspondiente, que los diversos recursos públicos o privados financiados con fondos públicos estén lo suficientemente conexonados, y a ser posible jerarquizados funcionalmente. Quizá en las áreas del menor, de personas mayores y de personas con discapacidad pueda ser más fácil. Si partimos del supuesto, generalmente aceptado por todos, que una residencia es el último recurso al que acudir –lo cual no quiere decir que en ocasiones deba ser más el primero por las circunstancias en que se encuentra la persona– bueno sería que existiese una mayor conexión entre los servicios de atención a domicilio y de proximidad, los de centro de día y las residencias.

Pretender esto en el momento actual posiblemente sea un *desideratum*, pero la dirección tiene que ser ésta, salvo que nos conformemos con la existencia de distintos recursos, dependientes de Administraciones y entidades varias, que el ciudadano puede descubrir, cuando no peregrinar de uno en otro, para ver en cada momento cuál es la solución más adecuada a sus necesidades. Ello implica, ciertamente, la existencia de criterios de valoración más homogéneos, así como el acceso directo a determinados recursos cuando se proviene de otro que ha dejado de ser el adecuado por necesidades sobrevenidas. Quizá, en este punto, deba comenzarse por la realización de experiencias en determinadas áreas geográficas, de las cuales puedan extraerse enseñanzas prácticas y la determinación de los modelos más idóneos que posteriormente se plasmarán en normas jurídicas. En cualquier caso, la actual dispersión de recursos, sin la suficiente distribución territorial en función de la población existente por zonas geográficas, es algo que, en el futuro, está avocado a la modificación, no sólo

por la lógica asistencial, sino por la demanda de la población que busca servicios de proximidad.

12.1.5. Regulación jurídica de la atención sociosanitaria

Mencionar esta mejora no supone ninguna novedad. Desde hace ya varios años se viene insistiendo en la necesidad de dar solución a los problemas de atención continuada, y no sólo puntual en un hospital, que plantean las personas con necesidad de cuidados personales asociados a los sanitarios.²¹ Se han realizados experiencias diversas,²² debatido en mesas o seminarios cómo deben ser los modelos de atención sociosanitaria, y un sinfín de iniciativas tendentes a procurar una mejor atención a dichas personas. Los resultados no siempre han sido satisfactorios, señal de que la cuestión planteada no es sencilla de instrumentar operativamente en la práctica. Se ha optado por diversos modelos, espacio sociosanitario propio, espacio integrado en los de sanidad o de servicios sociales, modelo de coordinación entre lo social y lo sanitario, etc.²³ También, a la vez que estaba sobre la mesa este debate, ha cobrado singular relieve el de la dependencia, noción en sí misma distinta a la de atención sociosanitaria, pero que guarda una estrecha relación con ella por cuanto los usuarios de una y otra atención son muchas veces coincidentes.

Sea lo que fuere, lo cierto es que no puede afrontarse un perfeccionamiento de los servicios sociales sin tener en cuenta esta importante cuestión. No debe olvidarse, por otra parte, que la necesidad de atención sociosanitaria nació desde el ámbito de lo social, especialmente en el sector de personas mayores de edad avanzada, cuando se constató que la sola atención de cuidados personales, la que siempre dispensaron los servicios sociales, era insuficiente por precisar esas personas, además de cuidados personales, cuidados médicos y de enfermería. Paralelamente, también desde el sistema sanitario, se veía la conveniencia de crear recursos especializados para aquellas personas que, habiendo pasado la fase aguda de una enfermedad de la que eran tratadas en un hospital, seguían precisando una atención de cuidados permanentes, sociales y

21 Véase *La atención sociosanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos. Recomendaciones del Defensor del Pueblo e informes de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología y de la Asociación Multidisciplinar de Gerontología*, Defensor del Pueblo, Madrid, 2000.

22 Se citan, entre ellas, el Programa Vida Als Anys en Cataluña (1986), el Programa PALET de la Comunidad Valenciana (1995), el Plan Sociosanitario de Castilla y León (1998), el Programa PASOS de Galicia (1998), el Plan de Acción Sociosanitaria del Mayor de Cantabria (1999-2005), los Programas Sociosanitarios de las Diputaciones Forales del País Vasco, el Plan de Atención Sociosanitaria de Extremadura (2006). Véase ENSENYAT i SACRISTAN, C., «Legislación y planes de atención a la dependencia en las Comunidades Autónomas Españolas», en *VI Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores*, CEOMA, Madrid, 2004, págs. 221-233.

23 Véase ALONSO SECO, J.M., «Modelos de atención sociosanitaria», en *La atención sociosanitaria a la persona mayor dependiente*, Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid, Madrid, 2006, págs. 309-321.

24 Véase el artículo 14 de esta Ley, precepto que, por cierto, no ha sido convenientemente desarrollado por el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, más arriba citado, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud.

sanitarios asociados. De hecho, la regulación más específica de la atención sociosanitaria, a nivel estatal, ha venido desde el ámbito sanitario, en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud²⁴, si bien a renglón seguido debe añadirse que las medidas contempladas en la citada Ley no han tenido el desarrollo efectivo que hubiera sido deseable en la ordenación jurídica de las prestaciones sanitarias y en la propia organización del sistema sanitario.

En la actualidad ya no se trata únicamente de buscar un modelo, o modelos de atención sociosanitaria que puedan quedar reflejados en normas jurídicas. A esa dificultad inicial se añade ahora la de encontrar profesionales sanitarios que trabajen en el ámbito de los servicios sociales. Por una parte, el mayor crecimiento de la sanidad no se ha visto correspondido con un incremento paralelo de profesionales sanitarios. Por otro lado, las expectativas laborales y condiciones de trabajo de los profesionales de ramas sanitarias les orientan más hacia el ámbito de la sanidad que al de los servicios sociales, de forma que este último está siendo claramente subsidiario. Este hecho sitúa a los servicios sociales en una notoria inferioridad para poder realizar una adecuada atención sociosanitaria.

Que la regulación jurídica de la atención sociosanitaria deba hacerse no significa, a nuestro entender, que tenga que ser necesariamente con *nomen juris* propio y diferenciado de otras nociones jurídicas. Es más práctico hacerlo desde la noción asistencial y jurídica de la dependencia, que comporta en la mayor parte de los casos una atención sociosanitaria.²⁵ Dado que la dependencia, primero en algunas Leyes autonómicas y ahora en Ley estatal, ha alcanzado ya el reconocimiento jurídico que le es propio, lo más oportuno es utilizar esta vía jurídica para atender las situaciones de atención sociosanitaria. Ello requerirá, en nuestra opinión, vincular la noción de dependencia no sólo a la de servicios sociales, sino también a la sociosanitaria. Y exigirá un mayor acercamiento entre los sistemas de sanidad y de servicios sociales, rompiendo muchas barreras actualmente existentes, en especial las relativas a prestación de servicios por profesionales. Hasta ahora ambos sistemas tienen una organización cerrada, con cursos específicos cada uno, profesionales determinados, régimen de gestión y económico diferenciados. Habrá que profundizar en la conveniencia de interrelacionar uno y otro. Y plantearse con más decisión lo que hasta ahora ha sido sólo un esbozo, la conveniencia de que profesionales sanitarios, médicos de atención primaria y enfermeros en concreto, pertenecientes al ámbito sanitario, puedan prestar sus servicios en centros residenciales de servicios sociales para cumplir en éstos la función de profesionales de atención primaria de salud.

Todo lo anterior requiere un estudio detenido por las distintas Administraciones, la modificación de esquemas tradicionales con los que hasta ahora hemos venido funcionando y, por supuesto, una regulación jurídica adecuada en

25 Aunque de manera tímida, es la opción tomada en la LEAPAD, que, en el elenco de competencias que atribuye expresamente a las Comunidades Autónomas, figura la de «establecer los procedimientos de coordinación sociosanitaria, creando, en su caso, los órganos de coordinación que procedan para garantizar una efectiva atención [art. 11.1.c)].

cuanto a condiciones materiales y personales que deben reunir estos centros de servicios sociales, en los que se atiende esas situaciones de dependencia que concurren con necesidades de atención sociosanitaria.

12.1.6. Mayor clarificación en la delimitación competencial que tienen las Administraciones públicas en materia de servicios sociales

Es un hecho cierto que los servicios sociales están adquiriendo la forma de sistemas jurídico públicos, lo cual supone la implicación directa de las distintas Administraciones públicas en su regulación, planificación, ejecución, control y evaluación. Pero sigue sin estar suficientemente preciso cuál es el ámbito competencial al que cada Administración debe ajustarse, para mejor realizar la necesaria coordinación y colaboración entre todas ellas.²⁶

La situación actual, descrita de manera muy sucinta, es la siguiente: la Administración General del Estado, después de realizados a las Comunidades Autónomas los traspasos de funciones y servicios, tiene competencias residuales en servicios sociales, con la muy importante salvedad de la recuperación de competencias legislativas en materia de atención a la dependencia que se ha llevado a cabo por la LEAPAD, así como de las competencias legislativas y financieras que retiene, aunque en la práctica apenas ejerce, sobre los servicios sociales de la Seguridad Social. Las Comunidades Autónomas tienen por derecho propio, en virtud de la Constitución y de sus respectivos Estatutos de Autonomía, competencias exclusivas sobre asistencia social y servicios sociales, competencias que se pretende sean transferidas, al menos en parte, a los municipios en virtud del llamado Pacto Local. Los Ayuntamientos tienen competencias en servicios sociales por derecho propio, cuando tienen una población superior a 20.000 habitantes, y por derecho delegado, en función de la legislación del Estado y de las Comunidades Autónomas, en todos los casos; de donde se des-

²⁶ Esta cuestión nos parece de especial relevancia, pues la eficacia de los servicios sociales depende sobremanera de su organización. Y no nos parece que deba ser objeto únicamente de un debate teórico. Por ello es conveniente recurrir a la historia, a fin de extraer de ella las lecciones oportunas. Es sabido que uno de los primeros servicios públicos que se establece en la naciente España Constitucional de comienzos del s. XIX fue la Beneficencia. Existía en aquel momento, y así quedó reflejado en el artículo 321.6º de la Constitución de 1812, una tendencia clara para que los municipios fueran los gestores públicos de la Beneficencia. La primera Ley de Beneficencia de 1822 establecerá expresamente la primacía de los municipios. Sin embargo, en su aplicación, y por falta de recursos financieros especialmente, aunque la mencionada Ley llevaba pareja la Ley de 12 de febrero de 1822, sobre Arbitrios al Plan de Beneficencia, los teóricos de la época (véase HERNÁNDEZ IGLESIAS, F., *La beneficencia en España*, Manuel Miñesa, Madrid, 1876) se plantearon la necesidad de articular un sistema organizativo nuevo de la Beneficencia en el que se graduaran mejor las competencias del Estado, de las Provincias y de los Municipios, tal como quedó reflejado en la nueva Ley de Beneficencia de 1849, que sería la que perduraría en el tiempo. Ya antes de la publicación de esta segunda Ley, en el año 1845, escribía el ilustre administrativista POSADA HERRERA: «Las Juntas Municipales y los Ayuntamientos, que pueden ser entendidos y celosos directores de los establecimientos locales de beneficencia, no pueden administrar con el mismo buen resultado los que pertenezcan a la provincia o nación sin tomar parte en la administración general del país, contra la índole de las facultades que le son propias y con perjuicio del Estado» (POSADA HERRERA, J., *Lecciones de Administración, tomo IV*, Imprenta de la Sociedad de Operarios del mismo Arte, Madrid, 1845, pág. 263).

prende la existencia de heterogeneidad, pues la legislación autonómica no es coincidente al respecto, en buena parte porque es muy diferente la situación de las Comunidades Autónomas uniprovinciales que las pluriprovinciales, y también porque incide directamente la legislación local autonómica, no sólo la de servicios sociales, también la de régimen local. Este cuadro viene derivado del nuevo modelo territorial del Estado implantado por la Constitución de 1978, los Estatutos de Autonomía, la legislación de servicios sociales y las sucesivas Leyes Estatales de Régimen Local, que han heredado *sui generis*, aunque con el nombre de servicios sociales, el cuadro competencial de la antigua Beneficencia.²⁷

El marco antes descrito configura un sistema organizativo de servicios sociales complejo, en el que interaccionan distintas Administraciones, que no actúan según un principio de primacía jerárquica competencial de una Administración superior sobre otra inferior, dado que la Constitución no establece ese principio de jerarquía, sino el de autonomía de los municipios, de las provincias y de las Comunidades Autónomas (CE, art. 137)²⁸.

Por el Gobierno de la Nación se está preparando una modificación de la Ley Reguladora de las Bases Locales de 1985. Existe ya un Anteproyecto de Ley Básica del Gobierno y la Administración Local, al que seguidamente nos vamos a referir, Anteproyecto de Ley que tiene una clara orientación municipalista.²⁹

Una de las cuestiones que aborda es la atribución de competencias a los municipios. Lo hace sobre un doble pilar. Por una parte establece una cláusula general de competencias municipales, según la cual el municipio tiene competencia en todas las materias no atribuidas expresamente por la legislación al Estado o a las Comunidades Autónomas (art. 21), para el ejercicio de las cuales tiene potestad normativa, de autoorganización, sancionadora, tributaria y financiera, de planificación y otras (art. 30). Este es un elemento nuevo con respecto a la legislación hasta ahora vigente que, en principio, resulta atractivo porque evita la interferencia con competencias estatales o autonómicas. La cláusula general de competencias munici-

27 Sobre la organización competencial de las distintas Administraciones públicas en materia de servicios sociales, véase con mayor detenimiento ALONSO SECO, J.M., GONZALO GONZÁLEZ, G., *La asistencia social y los servicios sociales en España*, B.O.E., Madrid, 2ª ed., Madrid, 2000, págs. 562-596. También VICENTE PACHÉS, F., *Asistencia Social y Servicios Sociales. Régimen de distribución de competencias*, Senado, Madrid, 2003, pág. 217-282.

28 Conviene diferenciar entre la posición de superioridad que constitucionalmente corresponde al Estado respecto de otros entes territoriales como consecuencia del principio de unidad y de la supremacía del interés de la nación, y la distribución de competencias entre ellos. La función de superioridad no implica que los órganos generales del Estado ejerzan la totalidad del poder público, pues la Constitución prevé, con arreglo a una distribución vertical de poderes, la participación en el ejercicio del poder de entidades territoriales de distinto rango dotadas de autonomía. Este criterio fue ya expresado por la STC 4/1981, de 2 de febrero, y reiterado por el Tribunal Constitucional en sucesivas ocasiones.

29 «Este va a ser un proyecto de ley que apuesta claramente por la autonomía municipal y que, por tanto, aquello que se reguló hace veinte años como Ley de Bases del Régimen Local tiene que adecuarse a la realidad autonómica de nuestro país, que apuesta firmemente por la propia autonomía municipal» fueron palabras que pronunció el Ministro de Administraciones Públicas en el Congreso de los Diputados (Diario de Sesiones del Congreso de los Diputados, núm. 137, de 14 de diciembre de 2005).

30 «Las Entidades Locales tienen, dentro del ámbito de la Ley, libertad plena para ejercer su iniciativa en toda materia que no esté excluida de su competencia o atribuida a otra autoridad» (Carta Europea de Autonomía Local, art. 4.2).

pales se justifica, en la Exposición de Motivos del Anteproyecto de Ley, en el contenido de la Carta Europea de la Autonomía Local.³⁰ El problema de esta cláusula general, no obstante, es que en nuestro ordenamiento jurídico, las competencias del Estado y de las Comunidades no están suficientemente delimitadas, existen muchos problemas de interpretación al respecto (véanse, si no, los tan numerosos conflictos de competencias plantados ante el Tribunal Constitucional), por lo que una cláusula tan genérica va a añadir más confusión a la ya existente.

Por otro lado, a diferencia de la Carta Europea antes citada, enumera competencias municipales propias, entre ellas la «regulación y prestación de los servicios sociales de asistencia primaria» [art. 22.1.m)]³¹. Es una novedad importante que, en una Ley básica estatal, que prevalece por lo mismo frente a las Leyes autonómicas de servicios sociales, se confiera a los municipios potestad normativa en los servicios sociales de atención primaria; hasta ahora la función legislativa correspondía al Estado y a las Comunidades Autónomas, mientras que a los municipios las funciones ejecutivas. A los municipios con población superior a 20.000 habitantes se les obliga a establecer «servicios sociales básicos», obligación que puede ser graduada o dispensada por las Comunidades Autónomas a través de las Diputaciones provinciales u otras fórmulas de intermunicipalidad (art. 23). Se les reconoce también competencias en el marco mínimo común que fijen las Leyes del Estado o de las Comunidades Autónomas en diversas materias, entre ellas la de «servicios sociales» [art. 24.o)]. A las provincias e islas se les reconocen competencias en materia de «ejecución de obras y prestación de servicios municipales por cuenta del Ayuntamiento», y en «ejecución de obras y equipamiento y la prestación de servicios públicos de carácter municipal, intermunicipal o de interés provincial o insular» (art. 25.3.7º y 11º).

A nuestro juicio, y en lo que respecta a servicios sociales, el mencionado Anteproyecto de Ley no soluciona los problemas de que adolece la actual legislación de Régimen Local. Diríamos más bien que añade un punto de confusión, por lo siguiente:

- Una cláusula general de competencias, encabezando el capítulo referido a competencias municipales, expresadas en términos negativos y coexistiendo a la vez con una enumeración explícita y extensa de com-

31 En el Libro Blanco para la Reforma del Gobierno Local, que sirvió de base para la elaboración del Anteproyecto de Ley, las competencias eran bastante más amplias y se entrecruzaban con competencias autonómicas e incluso estatales. Se transcriben a continuación, en la medida que puedan marcar tendencias de futuro: «**Servicios para la integración y la cohesión social.** Se deben atribuir a los municipios competencias para regular y prestar los servicios sociales públicos de asistencia primaria, así como los especializados que se planteen en su ámbito territorial. La competencia municipal en este ámbito debe incluir la capacidad de organizar y prestar servicios de atención a la dependencia, así como actividades y servicios para la protección o la reinserción de personas que lo requieran (mujeres maltratadas, menores, etc.). De modo especial conviene reformar las competencias municipales relacionadas con la inmigración, hasta asegurar que el ayuntamiento pueda desarrollar funciones efectivas de acogida y de integración social de los inmigrantes. En general, las competencias municipales en materia de integración y cohesión social deben incluir la capacidad de regular y controlar el funcionamiento de los servicios privados existentes en el término municipal».

- petencias que tienen los municipios, nos parece más bien que debiera ser una cláusula residual.
- Hasta ahora los municipios tenían encomendada la ejecución de los servicios sociales de atención primaria (la expresión «asistencia primaria» referida a los servicios sociales es nueva y, a nuestro juicio, inapropiada). A partir de ahora todos los municipios tendrán competencia también en la regulación de dichos servicios, con independencia de lo que digan las Leyes autonómicas de Servicios Sociales, pues la nueva Ley tiene el carácter de básica estatal. Se producirán con el tiempo una indeseada dispersión en las modalidades de atención primaria.
 - Existe una sorprendente diferenciación entre competencias municipales y servicios municipales obligatorios. Todos los municipios tienen competencia, por derecho propio que le otorga el Anteproyecto de Ley, a la regulación y prestación de «servicios sociales de asistencia primaria». Pero aquéllos con población superior a 20.000 habitantes (¿en función de qué criterio se mantiene este número)? están obligados a prestar «servicios sociales básicos». ¿Qué contenido tiene esta última noción?, ¿equivale o es la misma que «servicios de asistencia primaria»? Y la pregunta fundamental: ¿tienen los municipios con población inferior a 20.000 habitantes competencias en servicios sociales que no están obligados a ejercer y ser responsables ante los ciudadanos de ellas?, ¿se pueden atribuir competencias administrativas sin una correlativa obligación pública de prestación de servicios?
 - Según el Anteproyecto los municipios tienen competencias propias en «servicios sociales de asistencia primaria» [art. 22.1 m)], en «servicios sociales» conforme lo establezca la legislación del Estado y de las Comunidades Autónomas [art. 24 o)], y todas aquellas no atribuidas expresamente por la legislación estatal o autonómica (art. 21). Debe añadirse que el ejercicio de las competencias debe hacerse, entre otros, conforme al principio de subsidiariedad, «de acuerdo con el cual el ejercicio de las competencias públicas, debe, de modo general, incumbir preferentemente al gobierno más cercano a los ciudadanos» [art. 28.c)], es decir al municipio. ¿No podría establecerse un diseño competencial más preciso, en relación con las competencias del Estado y Comunidades Autónomas?

No podemos extendernos ahora, como es lógico, en decir cómo debería ser la estructura competencial en servicios sociales. Nos interesa sólo señalar la necesidad de efectuar esa clarificación para mejor beneficio de los ciudadanos, e indicar que, sobre esta cuestión, inciden de hecho diversas áreas de ordenación jurídica, que habrán de conciliarse para evitar incongruencias normativas.

32 Ley 193/1963, de 28 de diciembre, de Bases de la Seguridad Social, Bases Decimoquinta y Decimosexta.

33 Decreto 907/1966, de 21 de abril, por el que se aprueba el Texto Articulado primero de la Ley de Bases de la Seguridad Social, arts. 24 a 37.

12.1.7. ¿Transferencia a las Comunidades Autónomas de la asistencia social y de los servicios sociales del sistema de Seguridad Social?

La Ley de Bases de la Seguridad de 1963,³² así como el Texto Articulado de la Ley de Seguridad Social de 1966³³, contemplaron la existencia de la asistencia social y de determinados servicios sociales, como prestaciones complementarias de las situaciones específicamente protegidas por la Seguridad Social. Las prestaciones de servicios sociales eran otorgadas por organismos de la Seguridad Social que tenían el carácter administrativo de Servicios Comunes para todo el ámbito del Sistema, se realiza entre los años 1968 y 1972. Constituyó, a nuestro juicio, una de las mejores aportaciones de la Seguridad Social, que abrió sus prestaciones clásicas a nuevas formas de protección social, e instituyó, por vez primera en nuestro país, la noción jurídica de servicios sociales. Decimos noción jurídica porque su contenido prestacional, de manera más o menos incipiente, ya se había iniciado con anterioridad.

En la reforma institucional de la Seguridad Social llevada a cabo por el Real Decreto-Ley 36/1978, de 16 de noviembre, sobre gestión institucional de la Seguridad Social, la salud y el empleo, se transfieren al Estado algunos servicios sociales de la Seguridad Social, que dejan de tener la condición de organismos de ésta: el Servicio de Empleo y Acción Formación, Promoción Profesional Obrera, Servicio de Universidades Laborales y el Servicio Social de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Quedaron sólo subsistentes en la Seguridad Social el Servicio Social de Minusválidos Físicos y Psíquicos y el Servicio Social de Asistencia a Pensionistas, que se integran ambos en el ya extinguido Instituto Nacional de Servicios Sociales. Queda también en el ámbito de la Seguridad Social la asistencia social propia de ésta, prestación inoperativa desde hace ya muchos años por falta de consignación presupuestaria.³⁴

Mediante desarrollos normativos posteriores, que no es del caso detallar aquí, la ejecución de los servicios sociales de la Seguridad Social para personas con discapacidad y personas mayores, fue traspasándose a las Comunidades Autónomas; el Estado retuvo únicamente las funciones de legislación básica y de régimen económico sobre los mismos, situación que se mantiene en la actualidad. Las Comunidades Autónomas establecieron inicialmente diferencia entre los servicios sociales de la Seguridad Social traspasados y los servicios sociales creados por ellas mismas o sobre los que tenían plena capacidad legislativa por haber sido recibidos del Estado. Más tarde la práctica de gestión hizo que la organización de unos y otros fuera el mismo.

Hace algunos años sugerimos tímidamente la propuesta de que los servicios sociales de la Seguridad Social, así como la asistencia social de ésta, fueran transferidos a las Comunidades Autónomas³⁵, del mismo modo que en 1978 se transfirieron otros servicios sociales de la Seguridad Social al Estado. La atención

³⁴ Subsisten estas prestaciones formalmente en los artículos 53 a 56 del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social de 1994.

³⁵ Véase ALONSO SECO, J.M., GONZALO GONZÁLEZ, B., *op. cit.*, pág. 136-137.

a personas con discapacidad y a personas mayores es competencia, exclusiva en la práctica, de las Comunidades Autónomas; el Estado tampoco ha puesto interés en desarrollar estas prestaciones en el ámbito de la Seguridad Social, cuya tendencia es quedar reducida a prestaciones económicas. Ni siquiera lo ha hecho recientemente con la elaboración de la LEAPAD, que no se fundamenta en las competencias que tiene el Estado en los servicios sociales de la Seguridad Social, ni en el carácter también asistencial que ésta tiene en el artículo 51 de la Constitución. El Tribunal Constitucional, en la STC 13/1992, de 6 de febrero, se preguntaba «si tiene algún sentido que el Estado mantenga un ente de gestión (se refería al entonces Instituto Nacional de Servicios Sociales) en una materia –los servicios sociales– que ha sido descentralizada prácticamente por entero por la Constitución y los Estatutos de Autonomía».

La lógica jurídica y la práctica organizativa aconsejan que la asistencia social y los servicios sociales que todavía subsisten en la Seguridad Social sean transferidas a las Comunidades Autónomas, como titulares que son de las competencias en esa materia después de aprobada la Constitución.

Sin embargo no nos parece oportuno proponer formalmente, como mejora jurídica, su transferencia a las Comunidades Autónomas, aunque desde un punto de vista lógico así nos parezca. Siempre hemos defendido la competencia estatal en el ámbito de servicios sociales³⁶, pues éstos responden a intereses generales y, como bien ha señalado en reiteradas ocasiones el Tribunal Constitucional, «la tutela de los intereses generales del Estado corresponde, por definición, a los órganos estatales»³⁷. El mantenimiento de los servicios sociales en el ámbito de la Seguridad Social, aparte de seguir dando una proyección más universal y completa a la Seguridad Social, puede fundamentarse sobradamente en razones de oportunidad, criterio que debe estar siempre presente en la acción política. Hoy prevalecen aires descentralizadores. Nadie nos dice que, en el futuro, sea conveniente centralizar determinado tipo de servicios por el cambio de circunstancias, por la demanda ciudadana, u otra serie de factores. Quizá no sea bueno que el Estado se desapodere de unas competencias que todavía, aunque inactivas, tiene como propias.

12.1.8. Una mayor profundización en la regulación de la iniciativa privada en el ámbito de los servicios sociales

La iniciativa privada ha ido entrando en el ámbito de los servicios sociales de manera progresiva³⁸. Las primeras Leyes autonómicas de servicios sociales se referían, por lo general, a la iniciativa sin ánimo de lucro, pero, a la vez, determinadas reglamentaciones admitían la existencia del sector mercantil en la gestión de los servicios sociales, como es el caso de plazas públicas en resi-

36 Véase ALONSO SECO, J.M., GONZALO GONZÁLEZ, B. *op. cit.*, pág. 566.

37 Véase, por todas, la STC 25/1981, de 14 de julio.

38 Véase ALEMÁN BRACHO, C. y GARCÍA SERRANO, M., «Política Social e Iniciativa Social», en ALEMÁN BRACHO, C. y GARCÍA FERRER, J. (Coords), *Política Social*, McGraw-Hill, Madrid, 1997, págs. 507-529.

dencias de personas mayores de titularidad privada mercantil. Los sistemas jurídicos autonómicos han ido estableciendo normas, primero reglamentarias, más adelante leyes formales, en las que se regulan los requisitos que ha de cumplir la iniciativa privada, con o sin ánimo de lucro, para actuar en el ámbito de los servicios sociales. Hoy puede decirse, con carácter general, que la función de la iniciativa privada se encuentra incorporada en todos los sistemas jurídicos de servicios sociales, y que la tendencia es a seguir contando con ella.

Lo que se propone como mejora no es, pues, establecer cauces jurídicos que canalicen la función de la iniciativa privada, sino profundizar en ellos, por la sencilla razón de que la actuación del sector privado, llámense instituciones sin ánimo de lucro, entidades mercantiles, asociaciones, ONGs, voluntariado etc., está cobrando una importante dimensión en la ejecución de los servicios sociales, y todo indica que en el futuro tenderá a ser más protagonista aún.³⁹

Cuando se mira cómo ha sido la evolución histórica en el tratamiento jurídico de la iniciativa privada en servicios sociales, da la impresión de que, en el inicio, se la ha mirado con cierta desconfianza o, al menos, con actitud preventiva hacia ella. Una actitud que no ha existido en otras ramas de los servicios públicos. Que los servicios sociales se hayan ocupado de los sectores más vulnerables y marginados de la sociedad, a los que han atendido personas e instituciones con marcado afán vocacional y altruista, quizá haya podido influir en ese recelo inicial hacia las entidades con ánimo de lucro que atendían necesidades sociales. Esta razón, unida a la más poderosa de exigir que los servicios públicos deban reunir los requisitos establecidos en orden a su finalidad social, motivó la exigencia de instrumentos administrativos de control, tales como el registro de entidades, autorizaciones, acreditaciones, y la imposición de un régimen administrativo sancionador.

Es evidente que el control citado debe seguir existiendo. Pero sería conveniente caminar hacia la consideración de las entidades privadas como plenamente colaboradoras, en un sentido similar, por poner un ejemplo, al que existe en la Seguridad Social, donde compañías de seguros puramente privadas fueron catalogadas desde el comienzo como colaboradoras en la gestión del sistema; eso sí, con todo el control y exigencias que el sector público precisa. Otro modelo en el que poder inspirarse es el sistema educativo, en el que los centros concertados forman parte integrante, y colaboradora, de aquél.

12.1.9. Dotar a los servicios sociales de instrumentos jurídicos adecuados para conseguir la finalidad que pretenden

En este apartado sólo queremos hacer un breve apunte de algo que consideramos debe mejorarse en la instrumentación administrativa de los servicios

39 «Esta es premisa esencial: las competencias de los poderes públicos en materia de asistencia no excluyen un espacio de derechos de libertad, de libre desarrollo, en los cuales, dentro del orden jurídico, cada individuo o grupo puede hacer lo que estime conveniente para su desarrollo personal» (RODRÍGUEZ-PIÑERO y BRAVO-FERRER, «El marco constitucional de la asistencia privada», en *El sector no lucrativo en España*, Escuela Libre Editorial, Madrid, 1993, pág. 24.

sociales. Decir a estas alturas que los servicios sociales constituyen sistemas jurídicos públicos, y sometidos por tanto a las exigencias del Derecho Administrativo, constituye una evidencia que no precisa mayores razonamientos. De ahí se desprende la necesaria existencia de una burocracia administrativa y la sujeción de los procedimientos a los establecidos con carácter general en el Derecho público. Actuando de esa manera se consigue una mayor seguridad jurídica e institucional en la prestación de los servicios sociales, aspecto que es fundamental para la existencia y consolidación de éstos. Si tenemos en cuenta, además, la tendencia hacia la consideración de los servicios sociales como derechos subjetivos de los ciudadanos, según se expuso páginas más arriba, queda patente la conclusión acerca de la exigencia de actuar bajo los principios de legalidad y de objetividad a que constitucionalmente está sometida la Administración (CE, art. 103.1).

Dicho lo anterior, sin matizaciones de ningún tipo que pudieran hacer pensar que nuestra pretensión consiste en volver a procedimientos menos reglados en Derecho, conviene afirmar también que los servicios sociales, al igual que la sanidad, o la educación, por sólo citar dos ejemplos, tienen determinadas peculiaridades en su ejecución que exigen en ocasiones unos procedimientos administrativos que agilicen las prestaciones que deben otorgar.

No nos referimos a modificaciones en las técnicas presupuestarias, ni tampoco a las exigencias establecidas en la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, en cuanto a las garantías procedimentales de solicitudes, alegaciones, audiencia de interesados, y menos aún al sistema de recursos que dicha Ley establece o a la revisión jurisdiccional. Esos aspectos, por lo general, no impiden una intervención social adecuada; al contrario, son garantía de su ejecución conforme a criterios administrativos seguros.

Aludimos más bien a la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas, cuya aplicación encorseta en bastantes ocasiones una agilización de los procesos que necesidades sociales urgentes precisan. Es evidente que no estamos en contra de la seguridad jurídica que proporciona dicha Ley, al igual que otras del ámbito administrativo. Pero no nos parece que una Ley, pensada ya desde sus orígenes para la ejecución de contratos, especialmente los de obra y suministro, que nada tenían que ver con los servicios sociales, tenga que ser aplicada a éstos con la rigidez exigida para los contratos tipo que regula. En el sistema sanitario, se pueden hacer convenios;⁴⁰ en el sistema educativo se encuentran regulados por Ley específica los conciertos con centros privados;⁴¹ con ello se facilita sobremanera la ejecución de la sanidad y de la educación. Nada de esto existe en los sistemas de servicios sociales.

Abogamos, como mejora jurídica, por la regulación de convenios, concier-

40 La vinculación de hospitales privados a la red pública sanitaria puede hacerse mediante convenios singulares (Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad).

41 Ley Orgánica 8/1985, de 3 de julio, reguladora del Derecho a la Educación (LODE), arts. 47 a 63, con las modificaciones introducidas por la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación (LOE).

tos u otros instrumentos administrativos que, sin merma de la objetividad que debe presidir la actuación de la Administración, y preservando siempre la seguridad jurídica, posibiliten una gestión más ágil de unos servicios, como son los sociales, que responden muchas veces a necesidades urgentes e imprevistas y a los que, en otras muchas ocasiones, debe darse solución inmediata. Si en determinados ámbitos de la Administración se han regulado estos sistemas, nada obsta para que pueda hacerse lo mismo con los servicios sociales.

12.1.10. Pacto Local y servicios sociales

Primero fueron determinadas competencias del Estado, distintas de las asumidas por los Estatutos de Autonomía en virtud de lo dispuesto en la Constitución, las que se transfirieron a las Comunidades Autónomas: fue el llamado Pacto Autonómico. Más tarde, y quizá por analogía con el Pacto antes citado, cobró mucha fuerza el llamado Pacto Local, que no es otra cosa sino la transferencia de competencias autonómicas, propias o traspasadas por el Estado, a los Entes locales, bajo fórmulas administrativas diversas, transferencia, delegación, encomienda de gestión.

Hemos descrito con algún detenimiento en qué consiste el Pacto Local, su origen, evolución, así como sus consecuencias en el ámbito de los servicios sociales, en otra publicación, a la que nos remitimos.⁴² Si ahora hablamos de él es porque nos parece que se trata de una tendencia que, aunque con altibajos, cada día va tomando más cuerpo, que no puede desconocerse en orden a la organización de los servicios sociales públicos en el futuro.

Decimos con altibajos porque del Pacto Local se viene hablando desde hace ya varios años. Algunas Comunidades Autónomas, como la de Madrid por ejemplo, ha promulgado incluso una Ley del Pacto Local,⁴³ que contempla la transferencia a los municipios de funciones, delegación de competencias, o encomienda de gestión, de funciones propios de la Comunidad Autónoma, entre ellas la de servicios sociales. La citada Ley todavía no ha sido desarrollada. La tendencia municipalista sigue muy pujante, como ya se aludió en páginas anteriores al hacer mención al Anteproyecto de Ley Básica del Gobierno y la Administración Local. En éste, sin embargo, no se cita para nada el Pacto Local ni los criterios básicos de transferencia de competencias de las Comunidades Autónomas a los Ayuntamientos; más bien parece que se le da un nuevo giro, al establecer, junto a la cláusula general de competencias de los Ayuntamientos y la atribución a ellos de competencias específicas, que el Estado y las Comunidades Autónomas pueden establecer un mínimo común de competencias normativas en determinadas materias, entre ellas las relativas a servicios sociales. Mínimo común que será heterogéneo en el conjunto del país, pues diferentes son

42 ALONSO SECO, «La atención a la dependencia y el Pacto Local», en *Respuestas a la dependencia*, CCS, Madrid, 2004, págs. 209-226.

43 Ley 3/2003, de 11 de marzo, para el desarrollo del Pacto Local (BOCM. núm. 65, de 18 de marzo; B.O.E. núm. 128, de 29 de mayo).

las normas de cada Comunidad Autónoma. Obsérvese que este mínimo común, en el citado Anteproyecto de Ley, no se encuentra referido a competencias del Estado ni de las Comunidades Autónomas, sino a las competencias municipales.

En cualquier caso, no tanto por la noción jurídica de Pacto Local, sino por la tendencia expansiva que tienen las Administraciones municipales, de quienes se predica como dogma irrefutable que son las más cercanas a los ciudadanos, a administrar los servicios sociales precisamente porque éstos son, por definición, servicios próximos al ciudadano, todo lo que comporte una mayor asunción de competencias por los municipios, sea *ex lege*, sea en virtud de transferencias de competencias autonómicas, habrá de ser tenido en cuenta en un proceso de perfeccionamiento de los servicios sociales.

Existen servicios sociales que deben estar bajo titularidad municipal, asegurando, claro está, su financiación por las vías que se consideren más procedentes. No supone ninguna novedad actual, sino una constante histórica. Desde que, en el siglo XVI, se esboza una primera organización social de atención a los pobres, la obligación de su primer socorro corresponde a los pueblos de donde los pobres son originarios, sencillamente por el mayor conocimiento y control que se tenía de ellos.⁴⁴ Los servicios sociales de atención primaria, y los que se incluyan en este concepto posiblemente deban ser ampliados en el futuro, han de corresponder a los municipios. Es más fácil el conocimiento de las personas que los necesitan, y la respuesta a las necesidades puede ser más eficaz. Cuestión diferente es la de aquellos servicios sociales que han de tener un ámbito territorial superior al del municipio; en estos casos circunscribirlos sólo a los municipios puede ser un inconveniente. Una cosa es que el municipio pueda ser la Administración más adecuada, y otra que tenga que ser la exclusiva; al fin y al cabo, la existencia de varias Administraciones públicas, en función de la dimensión territorial de cada una, responde a un principio lógico de organización de tareas. Los servicios sociales han de responder a esa misma organización.⁴⁵

Si los servicios sociales, en virtud de las circunstancias del momento, han de ser gestionados preferentemente por los Ayuntamientos, es evidente que se producirá una atomización de los mismos, mayor de la que ya existe con los sistemas autonómicos de servicios sociales. Existirán mayores diferencias entre las personas en función de la mayor o menor capacidad financiera de los Ayun-

44 El ordenamiento de las Cortes de Valladolid, de 1523, es la primera disposición que hemos encontrado en la que se permite a los pobres pedir en sus lugares de origen. De mayor trascendencia es la Real Instrucción de Carlos I, de 24 de agosto de 1540, que comienza así: «Primeramente, que las personas que verdaderamente fueren pobres, y no otras, puedan pedir limosna en las ciudades, villas y lugares destos nuestros reinos, de donde fuere natural». La relación de estos y otros textos históricos normativos puede verse en ALONSO SECO, J.M., GONZALO GONZÁLEZ, B., *op.cit.* págs. 55-62, y Anexo IV de disposiciones históricas.

45 En este sentido el antes citado Anteproyecto de Ley Básica del Gobierno y Administración Local, después de enunciar el principio de subsidiariedad, según el cual el ejercicio de las competencias incumbe preferentemente al gobierno más cercano a los ciudadanos añade que «la atribución de una competencia a otro nivel de gobierno debe tener en cuenta la amplitud o la naturaleza de la tarea o las necesidades de eficacia o economía [art. 28.c)], texto que reproduce íntegramente el art. 4.3, segundo inciso, de la Carta Europea de Autonomía Local.

tamientos, en detrimento de los municipios menores por lo general. Ante dicha posibilidad el Derecho no ha quedar inerte, y habrán de estudiarse fórmulas jurídicas para equilibrar el nivel de prestaciones a todos los ciudadanos con independencia del territorio en que residan, porque, y esto nos parece que no debe olvidarse nunca, los servicios sociales son fuente directa de bienestar de los ciudadanos, y su consecución para lograr una sociedad bien cohesionada requiere dar primacía a la igualdad, o al menos homogeneidad, de prestaciones antes que a la Administración pública responsable de éstas.

12.2. ALGUNOS COMENTARIOS A LA LEY DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA (LEAPAD)

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia⁴⁶ ha supuesto una importante novedad en la evolución de los servicios sociales. Primer dato a destacar: es una Ley que se enmarca en el ámbito de los servicios sociales. Como se dice en su Exposición de Motivos, «se trata ahora de configurar un nuevo desarrollo de los servicios sociales del país que amplíe y complemente la acción protectora de este sistema, potenciando el avance del modelo de Estado social que consagra la Constitución Española, potenciando el compromiso de todos los poderes públicos en promover y dotar los recursos necesarios para hacer efectivo un sistema de servicios sociales de calidad, garantistas y plenamente universales...»⁴⁷ Es una ley atrevida, cuyo proceso de elaboración, iniciado con el Libro Blanco sobre la Dependencia,⁴⁸ a pocos ha dejado indiferente. Pocas Leyes sociales como ella han tenido tanta repercusión mediática; de ahí los abundantes comentarios que se han venido haciendo a lo largo de su proceso de elaboración. No podemos detenernos, como fácilmente se comprende, en un análisis detenido de ella. Pero sí procede comentar algunos de sus aspectos.

12.2.1. Servicios sociales y atención a la dependencia

El objeto de la Ley es la atención a las personas dependientes, en la doble vertiente de la promoción de su autonomía personal y de la asistencia. En ella se crea el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (art. 1º y concordantes), denominación que ha cedido ante la de Sistema Nacional que figuraba en el Proyecto de Ley.

Teniendo en cuenta que la dependencia no es una noción jurídica y asis-

⁴⁶ Su texto ha sido publicado oficialmente en el B.O.E. núm. 299, de 15 de diciembre de 2006.

⁴⁷ Exposición de Motivos, apartado 2, párrafo 6º.

⁴⁸ *Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco*, IMSERSO, Madrid, 2005.

tencial diferenciada, sino que puede formar parte de los sistemas de sanidad, de servicios sociales, e incluso de Seguridad Social, algunos propusimos en su día que se hablara más bien de prestaciones para la dependencia en lugar de sistema independiente, y su inclusión en el sistema de servicios sociales, para que no se corriera el riesgo de identificar los servicios sociales con la dependencia, y porque el objeto material de aquéllos es bastante más amplio que el de ésta.⁴⁹

El hecho es que el sistema se encuentra ya regulado, y que sus prestaciones se han encuadrado en el de servicios sociales, como ampliación y complemento de éste, según aparece en diversos textos de la Ley.⁵⁰ En otras palabras, hemos presenciado cómo una parte de los servicios sociales, en este caso la atención a la dependencia, al igual que antes, en algunas Comunidades Autónomas, lo había sido la prestación de renta mínima de inserción, o la atención a otros sectores de población, ha experimentado un importante avance en lo que se refiere a reconocimiento pleno de derechos. Si a ello añadimos que se trata de una Ley estatal cuya finalidad es regular las condiciones básicas que garantizan la igualdad de todos los ciudadanos con independencia del territorio donde residan, el avance puede considerarse más que notable. Y decimos avance porque, en elogio precisamente de los sistemas de servicios sociales privados y autonómicos, lo que nunca puede olvidarse es que han sido ellos los primeros en atender las situaciones de dependencia desde hace años, tanto las relativas a personas mayores como a las personas con discapacidad, modificando la estructura de sus equipamientos, creando incesantemente nuevos recursos, y elaborando la normativa correspondiente en el caso de las Comunidades Autónomas.

Valga, pues, esta primera anotación para precisar, como finalmente ha hecho la LEAPAD, que la dependencia es una parte de los servicios sociales, no a la inversa. Como también lo es de la sanidad y de la Seguridad Social; pero entrar en esta última consideración implicaría una más amplia exposición que excedería el límite de estas páginas.

12.2.2. Impacto de la LEAPAD en las responsabilidades y obligaciones de las Comunidades Autónomas

49 Véase ALONSO SECO, J.M., «Servicios sociales y atención a la dependencia», en *La atención a las personas en situaciones de dependencia*, número monográfico de *Trabajo Social Hoy*, segundo semestre 2005, págs. 125-134.

50 Además de la referencia a la Exposición de Motivos antes mencionada, es importante lo que se dice en otro lugar de la misma Exposición de Motivos: «el Sistema de Atención de la Dependencia es uno de los instrumentos fundamentales para mejorar la situación de los servicios sociales en nuestro país» (apartado 2, párrafo 6º). No debe olvidarse tampoco que uno de los principios en que se inspira la LEAPAD es «la integración de las prestaciones establecidas en esta Ley en las redes de servicios sociales de las Comunidades Autónomas...» [art. 3.o)]. En el artículo 14.2. se dice que «los servicios del Catálogo... se prestarán a través de la oferta pública de la red de servicios sociales por las Comunidades Autónomas». En sentido similar, el artículo 16.1 manifiesta expresamente que «las prestaciones y servicios establecidos en esta Ley se integran en la red de servicios sociales de las respectivas Comunidades Autónomas en el ámbito de las competencias que las mismas tienen asumidas».

Esta cuestión es, a nuestro juicio, una de las más complejas que presenta la LEAPAD, quizá porque la Ley ha sido muy ambiciosa en su objeto. Al amparo del artículo 149.1.1^a de la Constitución, regula las condiciones básicas que garanticen la igualdad de los ciudadanos en el disfrute de sus derechos, y lo hace de forma extensiva en una materia que la propia Ley sitúa en el ámbito de los servicios sociales, de competencia exclusiva de las Comunidades Autónomas. Este hecho, lógicamente, provoca interrogantes y problemas de índole competencial que afectan de lleno a las responsabilidades y obligaciones que tienen las Comunidades Autónomas.

Por otra parte, al leer la Ley, salvo expresiones que se contienen en su Exposición de Motivos, da cierta impresión de que la dependencia parece considerarse como algo nuevo, cuando la realidad es que las Comunidades Autónomas, desde un punto de vista jurídico, y especialmente en la organización de sus sistemas asistenciales, han venido ocupándose de la atención a la dependencia desde hace ya varios años⁵¹. A partir de la promulgación de la Ley hay que valorar la dependencia, se establece un nuevo baremo específico para ello, los centros y servicios tienen que estar acreditados en función de nuevos parámetros, se establece un nuevo régimen administrativo sancionador, un catálogo de prestaciones, etc. La realidad es que las Comunidades Autónomas ya valoran la dependencia conforme a criterios de objetividad jurídica, tienen normas específicas para acreditación de centros y servicios, han promulgado con normas de rango de ley el régimen administrativo sancionador, procuran prácticamente el mismo catálogo de prestaciones que existe en la LEAPAD, y en ocasiones con más amplitud, etc.

Todo ello va a comportar que, si todos los preceptos de la LEAPAD tienen el carácter de condiciones básicas que obligan a las Comunidades Autónomas, éstas se verán obligadas a cambios legislativos, reglamentarios, y organizativos de gran calado, algunos beneficiosos, otros onerosos para los usuarios, o sencillamente sólo necesarios en cuanto a la forma pero no en el fondo. Téngase en cuenta que las Comunidades Autónomas llevan bastantes años elaborando, perfilando normas, adecuando constantemente su estructura administrativa, para la valoración, tratamiento y asistencia, sus sistemas informáticos de gestión (cuestión nada baladí), sus prestaciones y requisitos de acceso a ellas, en función de una mejor atención a las personas en situación de dependencia. Cambiar todo este sistema organizativo en función de parámetros distintos supone un ingente esfuerzo que, a nuestro juicio, debe o debiera haberse sopesado bastante más.

Por otra parte, a nuestro juicio existen en la Ley algunos contrastes sobre la cuestión de la que ahora tratamos que conviene mencionar. Lo más oportuno hubiera sido, siguiendo la técnica legislativa común cuando se promulga una ley básica estatal, en la que se establecen qué artículos tienen el carácter de bási-

51 Aludimos sólo a las Comunidades Autónomas porque de ellas trata este epígrafe. De todos es conocido, sin embargo, que la atención a la dependencia, en el ámbito de personas mayores y de personas con discapacidad, fue impulsada por la iniciativa privada, especialmente la de carácter no lucrativo.

cos y cuáles no, determinar en la LEAPAD qué preceptos de ella tienen el carácter de condiciones básicas y cuáles no. Al no hacerse así habrá de entenderse que toda la Ley regula condiciones básicas, lo cual parece un tanto forzado cuando se trata de preceptos de tintes organizativos o instrumentales, que raramente tienen la condición de básicos, pues lo normal es dejarlos a la libre disposición de las Comunidades Autónomas. Y si toda la Ley regula condiciones básicas, también será básico el precepto que posibilita la existencia de un nivel adicional de protección de la dependencia, de libre determinación por las Comunidades Autónomas (art. 7.3º), para cuya configuración podrán «adoptar las normas de acceso y disfrute que consideren más adecuadas» (art. 11.2). Salta a la vista que lo adicional tenga, a su vez, condición de básico. De todos modos ha de entenderse que la posibilidad de dictar normas complementarias afecta no sólo a la financiación y al contenido prestacional, sino también a los requisitos de acceso a prestaciones (entre ellas la valoración), la cofinanciación de las prestaciones por los usuarios, y otros aspectos que bien pueden englobarse en la expresión «normas de acceso y disfrute». En suma, que las condiciones básicas a las que la Ley responde como finalidad primera y esencial (art. 1º) quedan, al menos algunas, un tanto diluidas porque las Comunidades Autónomas tienen potestad para introducir variaciones, aunque a éstas se las llame legalmente adiciones.

A nuestro juicio, si las condiciones básicas a que se refiere la Ley se hubieran referido de manera concreta a los niveles prestacionales mínimos y acordado con Comunidades Autónomas, así como a aquellos aspectos en los que la práctica de gestión de las Comunidades Autónomas puedan coincidir, o que al menos no les cause especiales problemas en su gestión, el problema antes mencionado revestiría menor importancia.

El artículo 11 de la Ley menciona explícitamente la participación de las Comunidades Autónomas en el nuevo sistema creado. Se les asignan unas determinadas funciones –de planificación, gestión, coordinación sociosanitaria, registro de centros y servicios, elaboración de programas, inspección, evaluación e información estadística– sin perjuicio de las competencias que les son propias según la Constitución y los Estatutos de Autonomía. Nos parece que este artículo es meramente declarativo, pues las competencias que se explicitan en él ya se contemplan como propias de las Comunidades Autónomas en sus Estatutos de Autonomía y legislación de desarrollo correspondiente, incluso con mayor precisión en la determinación de funciones.

A título meramente enunciativo vamos a señalar algunas cuestiones que nos parecen de más difícil encaje entre los preceptos de la LEAPAD y la actual gestión de las Comunidades Autónomas. No haremos referencia alguna al catálogo de prestaciones porque, al ser prácticamente coincidente con el de las Comunidades Autónomas, no plantea mayores problemas.

- Los diferentes sistemas de valoración de la dependencia existentes actualmente en las Comunidades Autónomas, y el que se diseña en la LEAPAD. De esta cuestión trataremos más abajo en un apartado es-

- pecífico.
- La nueva valoración como dependientes de personas que, en calidad de tales, ya se encuentran atendidos en recursos públicos de titularidad o financiación autonómica.
 - La dificultad de compaginar el sistema de acceso a los recursos y servicios para la dependencia existentes en la actualidad en las Comunidades Autónomas, mediante aplicación de baremos objetivos que atienden diversas circunstancias de la persona (sociofamiliares, dependencia, vivienda, edad, situación económica) y el acceso a los recursos establecido por la LEAPAD, mediante prescripción posterior a una valoración que no tiene en cuenta tantas circunstancias personales y familiares.
 - La participación de los beneficiarios en el coste de las prestaciones, establecido como principio general en la LEAPAD para todas las prestaciones económicas y de servicios. En las Comunidades Autónomas no existe ese principio general, y los criterios de cofinanciación establecidos no son los mismos que en la LEAPAD. Este no es un problema menor, pues afecta muy directamente a la política que se ha seguido durante años por cada Comunidad Autónoma en relación con sus ciudadanos.
 - Interacción entre la exigencia de acreditación de los centros y servicios de atención a la dependencia, exigida por la LEAPAD, y las autorizaciones que ya otorgan las Comunidades Autónomas como requisito previo de funcionamiento de cualquier centro de servicios sociales, entre ellos los de atención a la dependencia.
 - Coexistencia de dos regímenes legales de procedimiento sancionador administrativo, el establecido por la LEAPAD para la dependencia, y los existentes en las Comunidades Autónomas, aplicables también a la dependencia por cuanto los recursos actualmente existentes para la atención a la dependencia son servicios sociales.

Sin perjuicio de lo anteriormente dicho, el impacto mayor de la LEAPAD en las obligaciones de las Comunidades Autónomas viene determinado por la gestión de las prestaciones correspondientes al nivel mínimo de prestaciones que financia el Estado, así como por los convenios de colaboración que habrán de firmarse entre el Estado y las Comunidades Autónomas, como principal instrumento de financiación de parte de las prestaciones de la nueva Ley. De este asunto trataremos en un apartado posterior, referido a cooperación institucional.

Ante este panorama, que muestra imprecisión en asuntos que debieran haber quedado mejor delimitados, no es fácil dar todavía una respuesta concreta. Quizá la encontremos con la puesta en marcha del sistema.

12.2.3. La valoración de la situación de dependencia y la elaboración del programa individual de atención

Ambas cuestiones presentan algunas incógnitas, quizá porque en la Ley no

se encuentren suficientemente desarrolladas. Habrá que esperar a las reglamentaciones correspondientes para que el campo esté más despejado. Por nuestra parte, hacemos algunas anotaciones, sin ningún ánimo de exhaustividad.

- El establecimiento de un baremo único para valorar la situación de dependencia, que elimine la heterogeneidad de los distintos baremos autonómicos, es una medida acertada. Exigirá bastante rigor en su elaboración, y la necesidad de una buena validación.
- La Ley establece que dicho baremo ha de valorar, siguiendo criterios objetivos, el grado de autonomía de la persona, y su capacidad para realizar las distintas actividades de la vida diaria (art. 27.3), y que se han de tener en cuenta los informes sobre la salud de la persona, el entorno en el que viva, y las ayudas técnicas que le hayan sido prescritas (art. 27.4). Nada que objetar a ello, pues parece lógico que, si de un baremo de dependencia se trata, se tengan en cuenta las variables que originan dicha dependencia. Ahora bien, no puede olvidarse que de esa valoración de la dependencia, de la aplicación de ese baremo, se va a prescribir en el mismo acto administrativo, una determinada prestación de las que figuran en el catálogo (art. 28.3). Y aquí es donde se van a producir problemas de concurrencia con los baremos vigentes en las Comunidades Autónomas, que, junto a las variables que miden la dependencia, tienen también en cuenta otras no menos importantes para el acceso a un servicio o prestación, tales como las circunstancias sociofamiliares, la capacidad económica, la vivienda, etc.
- La opción tomada por la LEAPAD responde a una lógica coherente de atender las situaciones de dependencia, para lo cual primero valora si existe dependencia y en qué grado, luego prescribe un recurso para que la persona pueda ser atendida en función de la valoración efectuada, y establece finalmente que el coste corresponderá a las Administraciones públicas y al propio usuario en función de su capacidad económica personal. Pero esta última no se tiene en cuenta para el acceso a la prestación, sino para el pago de su coste.⁵² El problema en servicios sociales radica en que, como los recursos todavía no son ilimitados, hay que establecer otras variables de prelación en el acceso a aquéllos, variables que siempre, en el devenir de los servicios sociales, se han orientado a la protección de las personas más vulnerables o vulneradas. Dicho en

52 No obstante lo dicho, el artículo 14.6 de la Ley establece que «la prioridad en el acceso a los servicios vendrá determinada por el grado y nivel de dependencia y, a igual grado y nivel, por la capacidad económica del solicitante». Ello significa, aunque este precepto no se corresponda bien con los relativos a la valoración y reconocimiento del derecho a prestaciones, que la capacidad económica del solicitante habrá de ser tenida en cuenta en la valoración de la dependencia. Nótese bien la falta de correspondencia antes aludida: en los artículos relativos a valoración de la dependencia se introduce la prescripción de un servicio como consecuencia directa de tener tal o cual grado de dependencia; en el artículo antes citado, sin embargo, se habla de «prioridad» en el acceso a los servicios. ¿Significa que la Ley reconoce dos fases diferenciadas, una de valoración y de prescripción, y otra de acceso a los servicios?

otras palabras: la LEAPAD valora la situación de dependencia porque su objeto es atender la dependencia. Las Comunidades Autónomas valoran el acceso a servicios, para lo cual tienen en cuenta la variable dependencia, pero también otras que inciden tan directamente o más que la dependencia en el acceso a los servicios. Las Comunidades Autónomas valoran la necesidad de la persona para prescribir o adjudicar un determinado recurso; la dependencia es un factor decisivo en la valoración de esa necesidad, pero no nos parece que deba ser el único.

- Las Comunidades Autónomas tienen capacidad decisoria para determinar los órganos de valoración. Nada se dice de los Ayuntamientos, Comarcas, Provincias o asimilados. Pero el debate está ahí presente. Por un lado se encuentra el principio, establecido en la Seguridad Social en relación con la prestación económica de invalidez permanente contributiva, de que el órgano que valora sea el mismo que el que paga la prestación. Por otra parte, los servicios sociales municipales tienen asignadas las funciones de atención social primaria, y se debate si en ésta se encuentra comprendida la valoración de la dependencia. El asunto no es de fácil resolución, pues no todas las Comunidades Autónomas se encuentran en las mismas circunstancias de distribución territorial de competencias (es clara la diferencia entre Comunidades Autónomas pluriprovinciales y las uniprovinciales, por poner un ejemplo). El grado de discapacidad se viene valorando, en la actualidad, por unidades especializadas de la Comunidad Autónoma. No es sencillo articular un sistema unitario. Quizá por esa dificultad, lo más oportuno en estos momentos sea adoptar un sistema mixto, en definitiva el que se sigue en la actualidad para el acceso a centros y residencias de personas mayores: los servicios sociales municipales emiten una primera valoración, y la aplicación estricta del baremo se realiza, tomando como base esa valoración, por unidades administrativas de la Comunidad Autónoma.
- La Ley habla de «órganos de valoración» de la dependencia. Nos parece prudente esta expresión en plural, porque no necesariamente tiene que existir un solo órgano que, con carácter uniforme, valore las situaciones de dependencia. Ésta, ciertamente, se define en sí misma como la necesidad de tercera persona para la realización de las actividades de la vida diaria. Pero cuando se piensa en las personas dependientes –mayores, personas con discapacidad física, intelectual o psíquica– la dependencia no es uniforme, adquiere matices diversos, y se llega y permanece en ella de manera diversa. Se argumentará que, si el baremo es único, su aplicación necesariamente tiene que ser uniforme. Pero nada obsta para que se establezca un baremo con un tronco común único, y con matices diversos si se trata de menores de edad con limitaciones discapacitantes, personas mayores, personas con discapacidad física o intelectual, o enfermos mentales crónicos. La modificación en trámite parlamentario, en el artículo 27, cuando su apartado 3 se refiere con carácter general a los criterios objetivos de valoración de la de-

- pendencia (los antes indicados), y el artículo 4 se refiere a los criterios de valoración de las personas con discapacidad intelectual o con enfermedad mental, apunta en esa dirección.
- La Ley no dice nada sobre las personas que, por encontrarse en situación de dependencia, ya tienen acceso a algún tipo de recurso o servicio. No se les ha reconocido formal y jurídicamente como personas dependientes, pero por encontrarse muchas de ellas en situación de dependencia tienen ya un recurso de centro de día, de residencia, etc. ¿Va a exigirse un reconocimiento formal de su dependencia, para seguir en el mismo servicio o recurso que ya tienen reconocido por derecho? El desarrollo reglamentario de la Ley debería tener en cuenta este aspecto, pues carece de sentido que a una persona mayor o con discapacidad que ocupan plaza en una residencia para mayores dependientes o para personas con discapacidad gravemente afectada, se les tenga que valorar de nuevo para continuar en la misma residencia.
 - Las Comunidades Autónomas están verdaderamente preocupadas, y no es para menos, por el gran número de personas que, a partir de enero de 2007, van a solicitar la valoración de dependencia. El propio legislador lo está porque, después de introducir un nuevo artículo en la Ley, según el cual los servicios de valoración han de ser efectuados directamente por las Administraciones públicas, no pudiendo ser objeto de delegación, contratación o concierto con entidades privadas (art. 28.6), deja en suspenso la aplicación de este precepto durante los seis primeros meses desde que se inicie la fecha de presentación de solicitudes (Disposición transitoria segunda). Es posible que se genere cierta frustración entre los solicitantes, dado que en el primer año sólo serán exigibles prestaciones por quienes se encuentren en situación de gran dependencia (Disposición final primera). Ante este hecho urge establecer cuantos canales de información sean precisos, a fin de que las expectativas generadas por la Ley no deriven en desilusiones para quienes se encuentren en menor grado de dependencia, teniendo en cuenta, además, que la valoración en el año 2007 de quienes puedan exigir un derecho en años sucesivos no sea válida por haber cambiado las circunstancias.
 - El verdadero problema de la valoración de la dependencia es que se encuentra unida, en la misma resolución administrativa, a la prescripción de un servicio o prestación determinados (art. 28.3). Si el servicio o la prestación económica se pueden ofrecer, no se plantea mayor problema. Cuestión diferente es cuando no existen los suficientes servicios que se han prescrito. ¿Qué se hace en estos supuestos?, ¿dictar una resolución en la que se reconozca el grado de dependencia sin determinar la prestación correspondiente (algo que no parece permitir la Ley)?, ¿dictar resolución en la que la prestación quede condicionada a la existencia de servicios o de prestaciones (con lo que volveríamos al actual sistema de puntos para ingreso en residencias)?, ¿no dictar re-

solución a la espera de existencia de un servicio o prestación?. La Ley nada dice al respecto; parece dar por sentado que toda valoración realizada por una Comunidad Autónoma lleva pareja la existencia de servicios en ella. La concesión de una prestación, condicionada a la red de servicios y prestaciones existentes en una Comunidad Autónoma, sólo es admitida por la Ley cuando el usuario a quien se ha reconocido la situación de dependencia cambia de residencia de una Comunidad Autónoma a otra (art. 28.4).⁵³

- A nuestro juicio, la dependencia tiene en la LEAPAD un carácter demasiado estático, es como una condición que tienen o no tienen las personas, al modo de la antigua «condición de minusválido», que la tenían aquellas personas que, después de haber recibido los tratamientos de recuperación necesarios, quedaban afectadas por una disminución de su capacidad física o psíquica.⁵⁴ Ello va a generar problemas en prestaciones económicas y de servicios que se conceden mediante convocatoria, como por ejemplo las ayudas económicas a familiares que cuidan en su domicilio a personas en situación de dependencia, las estancias en residencias durante fines de semana o en verano de personas dependientes para facilitar el descanso de los cuidadores, u otras que requieren soluciones inmediatas, como es el caso de las estancias temporales en residencias, generalmente para personas mayores que, por caídas u otros percances, devienen de la noche a la mañana, cuando no en la misma tarde, en personas dependientes. Exigir para estas prestaciones, y otras similares, el reconocimiento previo de estar en situación de dependencia, con el colapso de solicitudes que sin duda habrá, provocará que no se concedan prestaciones por un mero trámite administrativo. En otras palabras: para el ciudadano es más importante la prestación, con los requisitos que hayan de establecerse para su concesión, que el reconocimiento administrativo de la dependencia.
- La Ley establece que «las prestaciones podrán ser modificadas o extinguidas en función de la situación personal del beneficiario...» (art. 30.2). Obsérvese, por cierto, que la valoración inicial de la situación de dependencia y el reconocimiento inicial de prestaciones han de figurar en una resolución conjunta; cuando se trata de la revisión del grado de dependencia y de la modificación de las prestaciones no se dice que deban ir en una resolución única. ¿Requiere siempre la modificación de

53 El dictamen del Consejo de Estado sobre el Anteproyecto de Ley sugería diferenciar sucesivamente tres trámites: reconocimiento de la situación de dependencia, elaboración del programa individual de atención, con determinación de los servicios y modalidades de intervención más adecuados y, en tercer lugar, el reconocimiento del derecho a la prestación por la Comunidad Autónoma de residencia habitual, **en función de la concreta situación de esa Comunidad**. El no haber recogido en la Ley esta sugerencia va a conducir a problemas prácticos de aplicación, pues el verdadero problema de la atención a la dependencia es la existencia de servicios o prestaciones económicas equivalentes en la Comunidad Autónoma de residencia habitual del solicitante.

54 Decreto 2531/1970, de 22 de agosto, sobre empleo de trabajadores minusválidos, art. 1º.

una prestación, por ejemplo, la de paso de un centro de día para mayores dependientes a una residencia, una valoración previa que modifique su situación de dependencia?, ¿o es un *continuum* en la atención que no requiere esa previa valoración? Nuevamente nos encontramos aquí confrontados con los actuales sistemas objetivos de acceso a las prestaciones.

- Respecto del Programa Individual de Atención (art. 29), y desde un punto de vista teórico, nada hay sustantivo que objetar. Es evidente que toda valoración ha de concluir, si tiene la consideración de tal, en un programa de medidas de tratamiento. Se encuentra estrechamente unido, como no podía ser menos, a la valoración de la situación de dependencia, entre otras cosas porque sería sumamente difícil elaborar un programa de atención sin la previa valoración. A la inversa puede ser posible, y en este sentido es de alabar el sentido de la Ley por intentar una atención individualizada de cada persona en situación de dependencia. Los problemas prácticos de realización de este programa ya son de otra índole: determinación de qué servicios sociales públicos serán los encargados de hacer estos programas, su relación con los equipos de valoración, consecuencias jurídicas que tiene para la persona el establecimiento de un programa, seguimiento de su ejecución, etc. Sobre esta cuestión sería bueno estudiar la génesis, evolución y resultados de experiencias similares que se han tenido en servicios sociales, con el fin de aprender de ellas.⁵⁵

Estimamos, en suma, que existen aspectos relativos a la valoración, especialmente, y a la elaboración del programa individual de atención que habrán de ser más perfilados; la práctica administrativa obligará a ello.

12.2.4. Régimen jurídico de la participación de las ONGs

No nos parece que la LEAPAD introduzca novedades en el régimen jurídico de la iniciativa privada en general. Ni tampoco creemos que, en este aspecto, nos encontremos ante una Ley innovadora. Más bien habría de decirse que sigue la línea conservadora de tener en cuenta «de manera especial» al tercer sector, aunque no se mencione en qué consiste esa especialidad (art. 16.2), cu-

⁵⁵ El artículo 7.3 del Decreto 2531/1970, de 22 de agosto, estableció la obligatoriedad de fijar, para cada minusválido, un programa o plan de recuperación, llevando a la práctica lo preceptuado en la Ley de Seguridad Social de 1966 de elaborar un plan o programa de recuperación, como eje vertebral de las prestaciones recuperadoras –distintas de las sanitarias y de las invalidez, aunque conexas con ellas– previstas en dicha Ley. Más tarde se publicaría la Orden de 16 de febrero de 1977, sobre programas individuales de recuperación (B.O.E. de 18 de febrero), y la Resolución de desarrollo de la Subsecretaría de Sanidad y Seguridad Social, de 18 de octubre de 1977 (B.O.E. de 10 de noviembre). En el ámbito de la discapacidad intelectual se elaboraron los Programas de Orientación Individual. Unos y otros no tuvieron la efectividad deseada, quizá por el exceso de burocratización que se puso en su elaboración y porque la concesión de ayudas económicas a los entonces llamados minusválidos quedaba condicionada a la elaboración del Plan o Programa. Subsistieron las prestaciones económicas, pero no los Programas.

ya relevancia se resalta en la Exposición de Motivos de la Ley como «importante malla social» (apartado 2, párrafo 4º), y al que define expresamente en el articulado como organizaciones de carácter privado surgidas de la iniciativa ciudadana y social, con fines de interés general y ausencia de ánimo de lucro (art. 2.7). No se define del mismo modo, aunque se la cita en varias ocasiones para contar con ella en la gestión de la atención a la dependencia, a la iniciativa privada. Unas veces el tercer sector se encuentra conceptuado en ella, pero la Ley establece, a nuestro juicio, una clara distinción entre ambas, al establecer en dos preceptos diferentes que la participación de la iniciativa privada, por un lado, y la participación del tercer sector, por otro, son principios inspiradores de la Ley [arts. 3.m) y n)].

En cuanto al establecimiento del régimen jurídico de los centros privados concertados, tengan o no finalidad de lucro, la Ley se remite a la normativa que deben establecer al respecto las Comunidades Autónomas (art. 16.2); no aclara si se trata de normas nuevas referidas a centros para atención a la dependencia, o si ya son de aplicación las actualmente existentes para los servicios sociales autonómicos, en cuya noción entendemos se incluye también la de dependencia. Los centros privados concertados forman parte de la red pública de servicios de atención a la dependencia, pero deberán estar debidamente acreditados (arts. 14.2 y 16.1), exigencia de acreditación que se exige también a los centros privados no concertados (art. 16.3); la competencia de acreditación se atribuye a las Comunidades Autónomas [art. 11.1.d)]. En otro lugar de la Ley, cuando se habla de qué centros forman la red de utilización pública de servicios, no se distingue entre centros privados concertados y no concertados (art. 6.2), aspecto que puede tener su explicación en el hecho de que la prestación económica vinculada al servicio, que se concederá cuando no existan servicios públicos o privados concertados donde atender la situación de dependencia, se concederá al beneficiario siempre que éste reciba atención en un centro privado acreditado (art. 14.3).

Una breve referencia a la exigencia de acreditación que se contiene en diversos preceptos de la Ley antes mencionados. Todos los centros de servicios sociales, según figura en la normativa de todas las Comunidades Autónomas, necesitan autorización previa para entrar en funcionamiento, autorización que, lógicamente, contiene la modalidad de servicios que se pueden otorgar, con las limitaciones o condiciones que la Administración pueda poner. En la LEAPAD se habla de acreditación, a nuestro juicio como requisito adicional al de autorización de funcionamiento; eso parece desprenderse del artículo 43.e), en el que se con-

56 Todos los sistemas jurídicos autonómicos de servicios sociales, con la excepción inicial de Galicia, Castilla-La Mancha, Cataluña y Comunidad Valenciana, han optado por la autorización, provisional primero, y definitiva después. La Comunidad Valenciana, por citar una de las Comunidades Autónomas antes mencionadas, distinguía inicialmente entre autorización, «acto por el cual la Generalidad Valenciana reconoce que un centro o servicio reúne los requisitos y condiciones necesarias para poder garantizar a sus destinatarios la calidad en las prestaciones y una asistencia adecuada», y acreditación, «acto mediante el cual se reconoce, mediante resolución motivada, que un centro o servicio autorizado es idóneo en función de la planificación de los servicios sociales para desempeñar sus funciones y formar parte de la red pública de

templa como infracción el incumplimiento de «las normas relativas a la autorización de apertura y funcionamiento y de acreditación de centros de servicios de atención a personas en situación de dependencia». Sería conveniente, a nuestro juicio, que las normas reglamentarias especificaran con precisión en qué consiste esa acreditación, y qué añade, aporta o en qué se diferencia de la autorización de funcionamiento.⁵⁶

Como nota distintiva cabe resaltar que el Consejo Estatal de Organizaciones no Gubernamentales de Acción Social es un órgano consultivo de participación institucional en el Sistema. La iniciativa privada con ánimo de lucro no figura representada como tal, pero tiene la posibilidad de integrarse en el Comité Consultivo del Sistema a través de los representantes de las organizaciones empresariales existentes en él.

Una última alusión sobre las entidades privadas. En el artículo 28.6 de la Ley se establece que los servicios de valoración de la dependencia, la prescripción de servicios y prestaciones, y la gestión de prestaciones económicas no pueden ser objeto de delegación, contratación o concierto con entidades privadas. Se deja en suspenso este precepto en los seis primeros meses desde la fecha de inicio para la presentación de solicitudes de reconocimiento de la situación de dependencia (Disposición transitoria segunda). Habrá de entenderse que el término «delegación» se usa en lenguaje común, pues en Derecho administrativo las competencias de una Administración sólo pueden delegarse en órganos de la misma Administración, o en entidades de derecho público vinculadas o dependientes de aquéllas (LRJAP-PAC, art. 13.1), nunca en una entidad privada. Durante los seis meses aludidos en que la norma queda en suspenso, lo más procedente que parece, dado que se trata de servicios públicos, es aplicar la normativa relativa a los contratos de gestión de servicios públicos, en la modalidad de concierto, regulados en la LCAP, u otras formas contractuales previstas en esta última Ley que también sean de aplicación.

12.2.5. La coordinación y cooperación en el plano institucional

La LEAPAD tiene un objetivo fundamental, la regulación de las condiciones básicas para todos los ciudadanos en materia de atención a la dependencia, y un instrumento para conseguirlo también esencial, la cooperación entre Administración General del Estado y la de Comunidades Autónomas. En la Exposición de Motivos de la Ley se establece con toda claridad: «La propia naturaleza del objeto de esta Ley requiere un compromiso y una actuación conjunta de todos

servicios sociales, en función de determinados criterios establecidos» (Decreto 40/1990, de 26 de febrero). Esta norma ha sido derogada por el Decreto 91/2002, de 30 de mayo, actualmente vigente, que sólo contempla el acto de autorización. Ciertamente no se hace fácil distinguir ambas nociones, pues, en la práctica, una autorización es la comprobación de requisitos establecidos, y la acreditación es, asimismo, una comprobación. La distinción entre una y otra no vendrá tanto por la distinción de las nociones, sino por la exigencia de distintos requisitos para una y para otra. Otra distinción puede establecerse en exigir la autorización para los centros privados, y la acreditación, que generalmente es un *plus* añadido a la autorización, a los centros privados concertados, a los que, de hecho, se les están exigiendo requisitos adicionales para contratar.

los poderes e instituciones públicas, por lo que la coordinación y cooperación con las Comunidades Autónomas es un elemento fundamental. Por ello, la Ley establece una serie de mecanismos de cooperación entre la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas, entre los que destaca la creación del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. En su seno deben desarrollarse, a través del acuerdo entre las administraciones, las funciones de acordar un marco de cooperación interadministrativa, la intensidad de los servicios del catálogo, las condiciones y cuantía de las prestaciones económicas, los criterios de participación de los beneficiarios en el coste de los servicios o el baremo para el reconocimiento de la situación de dependencia, aspectos que deben permitir el posterior despliegue del Sistema a través de los correspondientes convenios con las Comunidades Autónomas» (apartado 3, párrafo 5º).

La cooperación antedicha se recoge en el articulado de la Ley en los artículos 8, 10 y 32.2, principalmente. Se ejerce a través del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, a quien la Ley define como «instrumento de cooperación para la articulación del Sistema» (art. 8.1), y a través de convenios bilaterales entre Estado y Comunidades Autónomas (art. 10).

Con las modificaciones introducidas en el Congreso de los Diputados, la inicial reticencia sobre este modo de cooperación ha quedado en parte despejada. En el Consejo Territorial ya no tiene la mayoría la Administración General del Estado, sino las Comunidades Autónomas. Los convenios bilaterales, principal instrumento de financiación de las aportaciones del Estado, deben recoger criterios objetivos de reparto (población dependiente, dispersión geográfica, insularidad, emigrantes retornados y otros factores), en los que puede descansar un tratamiento financiero homogéneo del Estado hacia las Comunidades Autónomas.

Ahora bien, estos convenios de cooperación no suponen una igualdad de partes entre las partes intervinientes, sencillamente porque las aportaciones financieras del Estado, objeto esencial de los mismos, serán bastante menores de las exigidas para la atención de las personas en situación de dependencia existentes en cada Comunidad Autónoma. En este sentido, la promulgación de una Ley estatal, en la que la Administración General del Estado se abroga importantes competencias en orden a la organización del Sistema y al otorgamiento de prestaciones, sin que sólo garantice el cumplimiento de algunas de ellas, no determinadas en la Ley, implica, sí, una cooperación, pero una cooperación desigual.

En cualquier caso, las Comunidades Autónomas, como también las Entidades locales, siempre darán la bienvenida a un sistema que les aporte mayor financiación par la atención a la dependencia que ya están prestando; por ello existirá, a nuestro juicio, una cooperación en la práctica. ¿Cómo se articulará de manera efectiva, en qué puntos más y en cuáles menos? Habrá de esperarse a la aplicación de la Ley para ver qué resulta de todo ello.

A MODO DE CONCLUSIÓN

Es un hecho evidente, innegable, que los servicios sociales han experimentado, desde su nacimiento como tales en el ordenamiento jurídico de la Seguridad Social, un avance jurídico-institucional que, afortunadamente, ya nadie pone en duda. Ya no son unos desconocidos, aunque quizá todavía insuficientemente conocidos. Pero forman parte sustantiva del sistema de protección social.

Debemos situarnos en el equilibrio ponderado entre dos extremos: no creer que los servicios sociales son todavía prestaciones secundarias, gratias, y pensar que están plenamente consolidadas institucionalmente.

Lo más adecuado, porque eso responde a la propia dinámica del servicio social, es seguir indagando en la realidad cambiante que nos circunda y, con auténtica perspectiva de futuro, trazar las líneas para su reforma permanente, nunca precipitada. El Derecho tiene mucho que decir en ello. Las páginas anteriores sólo han querido trazar un esbozo que ayude a esa actualización de los servicios sociales, la manifestación más visible, quizá, de la sociedad de bienestar que anhelamos.

IV. COORDINACIÓN DE LAS RAMAS DE SERVICIOS SANITARIOS Y SOCIALES

13. LA IDEA DE LO «SOCIOSANITARIO» Y APLICACIONES: CUANDO LA EFICIENCIA DEJA DE SER «UTOPIA»

Dolors Colom

Trabajadora Social

Institut de Serveis Sanitaris i Socials (ISSIS)

Revista Agathos, Atención sociosanitaria y Bienestar

www.revista-agathos.com

13.1. INTRODUCCIÓN

Progresivamente el conocimiento se fracciona. Los profesionales en general y los de la sanidad y servicios sociales en particular se especializan y profundizan en áreas temáticas cada vez más pequeñas. Como alguien dijo: el hombre actual sabe mucho de muy poco. La atomización del conocimiento, incesante, repercute sobre toda la organización y la gestión de los sistemas de sanidad y de servicios sociales. Todo ello resulta como un gran puzzle en el que si las piezas cobraran vida, cada una se representaría a sí misma. Consciente o inconscientemente, ignoraría a las que la rodean y de las que precisa para conformar la imagen final. Pareciera que en su egocentrismo, cada pieza se olvidara de que forma parte de este puzzle y que si bien su presencia es necesaria para mostrar el todo, también ocurre que aisladamente carece de posibilidades para ello. Con una sola pieza ni siquiera el observador más avezado puede intuir la imagen de que se trata. Todos los segmentos de ese puzzle, lo quieran o no, se necesitan. Algo así ocurre en la atención sociosanitaria.

Si bien ningún profesional tiene capacidad humana para abarcarlo todo y precisa delimitar su acción, supone un craso error obviar el resto de acciones que conforman el universo asistencial y que vienen de la mano de otros especialistas. Una dificultad actual, que paulatinamente se magnifica e impide el desarrollo integrado de los servicios sanitarios y sociales, es la pérdida de perspectiva de ese Todo que conforma a la persona, la rotura de ese hilo conductor que posibilita el objetivo final de bienestar integral no como slogan electoral, sino como una realidad tangible para la ciudadanía.

En «El funcionamiento de las cosas» de Zhuangzi, el cocinero Ding le dice al príncipe Wenhui, admirado, según sus propias palabras, por la técnica de Ding para desollar un buey: «*Lo que interesa a vuestro servidor es el funciona-*

*miento de las cosas, no la simple técnica...»*¹. Este texto (siglo 3 a.C.) revela parte del problema actual: no hay paciencia para detenerse a observar el funcionamiento de las organizaciones en su responsabilidad social, no se evalúa realmente la eficiencia de los circuitos asistenciales, algunos de los cuales son auténticas reliquias, y casi todo se reduce a un conjunto de normas y formularios de cada servicio que raramente considera al resto.

El sistema de Bienestar Social requiere una reconceptualización que lo exprese como un sistema holístico en el que si bien cada subsistema y departamento conforma una unidad de gestión, también cada uno de ellos ejerce una enorme influencia sobre el otro. Los diferentes servicios y programas que constituyen el arco asistencial de las personas se influyen entre ellos, influjo que resultará benéfico o perjudicial según se desarrolle. Hoy ningún responsable puede permanecer apartado de esta información crucial para optimizar no sólo el propio rendimiento sino para contribuir al de todo el sistema.

Un concepto que subyace a la atención sociosanitaria es el de continuidad asistencial muchas veces confundida con la mera coordinación de servicios. Como indica el Dr. Barrios y otros: «*La Continuidad Asistencial más que la simple coordinación, es una visión continua y compartida del trabajo asistencial en el que intervienen múltiples profesionales, en centros de trabajo diferentes, que actúan en tiempos distintos con un objetivo de resultado final común: el ciudadano. No se trata únicamente de meros cambios adaptativos a lo ya existente, que generarían escasos beneficios en el margen, en términos de calidad y eficiencia. Estamos hablando de cambios transformadores, de reanálisis de procesos y sistemas, sobre la base del valor que añaden al resultado final, las estructuras organizativas, las personas, los equipos o las infraestructuras.*»²

En el espíritu original de la atención sociosanitaria latía esa dimensión.

13.1.1. La idea de... «lo sociosanitario»

La atención sociosanitaria, su concepción, denominación y definición, fue un gran invento ya que, por primera vez, el marco ideológico y teórico de la atención integral traspasaba las fronteras narrativas para modificar la práctica profesional y trataba de aunar dos sistemas complejos, cada uno en sí mismo, como era el de sanidad y el de servicios sociales que justo unos escasos años atrás había iniciado su andadura.

Pero si bien la denominación «Sociosanitaria» resultaba genuina, su contenido, la estructura de una red de servicios interconectados bajo un modelo de atención médico-psicosocial de cuidados continuados ya existía en otros países. En Estados Unidos y Gran Bretaña dicha red se denominaba «Long-Term-Care»³

1 Billete, J. F. (2003) *Cuatro lecturas sobre Zhuangzi*. Madrid. Editorial Siruela. Pág. 23.

2 Barrios, L., García Rodríguez, J. N., Llergo, A., Pérez Torres, F. E. «*La continuidad asistencial*». Pág. 275. Material de Internet: <http://www.conganat.org/SEIS/informes/2004/PDF/CAPITULO10.pdf>

3 Abramovice, B. (1988) *Long term care administration*. New York - London. The Haworth Press. Pág. 15-51.

y en Francia «Soins de Long Séjour».⁴ Ambos, sistemas de cuidados integrales con una larga tradición aunque, como muestra la numerosa bibliografía de la época, siempre sometidos a un eterno debate. Debate que a día de hoy, con la aprobación de la Ley de Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, sigue más vivo que nunca.

La atención socio-sanitaria empezó a tomar cuerpo ideológico y a sentirse su necesidad a finales de la década de los setenta, pero fue a principios de los ochenta cuando se generó una realidad común y sentida, tanto por los profesionales de la medicina como por los primeros gerentes de hospitales: el número de personas con problemas sanitarios asociados a problemas sociales y viceversa, que requerían tanto atención social como atención sanitaria en diferentes grados, crecía exponencialmente. La demografía, además, indicaba que en los siguientes años dicha tendencia se consolidaría al alza.

Los hospitales empezaban a sofisticarse, las nuevas tecnologías comenzaban a fascinar a los directivos y facultativos convirtiéndose en objeto de deseo médico. La década de los ochenta fue sin duda un tiempo de explosión científica tanto en la vertiente clínica como en la vertiente gestora. La biomedicina entraba por la puerta grande y arrasando. El hospital se situaba en el centro del universo asistencial y se convertía en el principio y el fin. Todo parecía tener que girar a su alrededor. La bioquímica, la farmacología, la biología molecular, etcétera, copaban el sentir de los profesionales sanitarios que parecían no dar abasto en sus horas para poder asumir todo lo que se descubría.⁵ El presente insinuaba que en un futuro próximo la estancia hospitalaria quedaría limitada al tiempo estrictamente necesario para el estudio, el diagnóstico y el tratamiento médico. Dentro del marco hospitalario, cualquier otra razón que no obedeciera a problemas médicos no justificaba la estancia en el hospital. Siempre sobre la base de las nuevas teorías de la dirección de hospitales, pero también considerando que el hospital se consolidaba como el recurso social más caro, empezaba a ser necesario optimizar y controlar su uso. Los tiempos en los que una persona podía quedar hospitalizada hasta su completa recuperación entraban ya en la recta final.

Pero la realidad ya se sabe que no conoce de teorías y sigue su propio curso. Las circunstancias de algunos enfermos chocaban frontalmente con todo este cambio que en los despachos iba adquiriendo forma. La medicina tecnológica perdía de vista al enfermo como ser social. Rápidamente se pusieron de manifiesto grandes déficit en la respuesta de la sociedad para estas personas que por indicación médica ya no requerían seguir en el hospital, pero que su condición personal y social no permitía darles el alta. También había grandes déficit en el procedimiento diagnóstico que se inclinaba por la vertiente sanitaria y dejaba de lado la vertiente social.

4 Moulías, R. (1990) «Faut-il conserver les structures hospitalières de long séjour gériatrique? Gérontologie et Société - Cahier nº 54.

5 Sánchez, M. A. (2005) *Los hospitales a través de la historia y el arte. Capítulo «Segunda mitad del siglo XX: el hospital escenario supremo de la biomedicina»*. Barcelona, Ars Médica. Pág. 61-62.

Cabía encontrar una fórmula asistencial distinta que considerara a la persona y su familia como un conjunto sistémico⁶ y que, además, estableciera sinergias tangibles entre lo sanitario y lo social. Los políticos también participaron del sentir del colectivo profesional. En parte, se vieron obligados a ello pues determinadas asociaciones como coordinadoras de jubilados se organizaron y empezaron a ejercer presión social en contra de dar de alta a personas cuyo estado físico no podía atenderse ni en el domicilio, ni en ninguna residencia social.

Pero este no era más que el principio de un largo camino que hoy, veinticinco años después, sigue alimentando un debate de teorías y modelos que, de momento, no satisfacen ni a la ciudadanía a la que van dirigidos, ni a los profesionales que los vehiculan. Y encima de la mesa, sin resolverse, el problema de siempre: el acceso eficiente a los servicios de apoyo. Una realidad sigue imputa: cuando las personas atendidas en el sistema sanitario precisan de recursos sociales, raramente se puede obtener el servicio adecuado en el momento en que se detecta la necesidad. No obstante, hoy cada vez menos, salvo excepciones, se puede hablar de un problema de falta de recursos, sino de una falta de eficiencia en los ya existentes. Ineficiencia que goza de total impunidad. Cabe esperar que la oferta creciente de los servicios residenciales públicos, pero sobre todo de los privados, lleve a un fluir en el que los tiempos de espera cada vez sean menores y finalmente las personas puedan acceder en tiempo real a la manifestación de su necesidad a los servicios requeridos.⁷

Por aquel entonces, situados en Cataluña, y nada hace pensar que en el resto de España fuera diferente, el problema se manifestaba en dos dimensiones diferenciadas pero que planteaban el mismo inconveniente: mejorar la organización interna, adecuar los recursos humanos y resolver la financiación para hacer frente a los costes que suponía adecuar los servicios a las nuevas realidades «socio-sanitarias». Así:

- Por una parte, en los hospitales de agudos aumentaba sin cesar el número de personas dadas de alta médica que seguían precisando apoyos profesionales especializados e intermedios, sanitarios y sociales, en diferentes grados y tiempos. Dicha población era dada de alta y los apoyos casi siempre culminaban en una solicitud emitida por el servicio de trabajo social del hospital y dirigida a los servicios sociales. No obstante, la necesidad de ayuda estaba ahí, requería cubrirse y no en-

6 Pérez de Ayala, E. (2003) «Hacia un planteamiento futuro del trabajo con familias: su importancia, su realidad» Revista Agathos. Año 3 - Núm 4.

7 Hace escasos días la autora de este capítulo se encontraba en un Servicio de Trabajo Social Hospitalario de la ciudad de Barcelona, se trataba de una visita de saludo; en poco más de una hora, una de las trabajadoras sociales recibió tres llamadas de centros socio-sanitarios de la ciudad diciéndole que tenían plazas libres por si en el hospital se encontraba alguna persona esperando ingreso.

De las llamadas había tanto de centros públicos como privados.

El comentario fue: «Ocurre poco pero la oferta de servicios socio-sanitarios, sobre todo privados ha crecido tanto que hay temporadas en las que son ellos los que te persiguen a ti buscando clientes».

He de confesar mi estupor pues no podía menos que recordar cómo fueron los inicios y lo difícil que era el ingreso en los centros socio-sanitarios.

tendía de listas de espera. Mientras los servicios sociales públicos no podían asumir la continuidad de la atención, se recurría a los servicios de carácter privado. En aquel tiempo casi todos sin ningún control y/o en la economía sumergida.

Para el hospital este tipo de población suponía un grave problema de recursos humanos especialmente de enfermería, ya que su atención implicaba una dedicación extrema.

- Por la otra, en residencias para personas válidas, en donde se ingresaba por problemas sociales pero no de salud. Sabido es que cuando éstos existían se denegaba la entrada. No obstante, con el paso del tiempo llegaba un día en que casi todos los residentes empezaban a precisar, progresivamente, atención profesional sanitaria más allá de los controles rutinarios ofrecidos por el médico de cabecera.

Por aquel tiempo, las denominadas «residencias sociales o residencias de válidos», tomando el argot de la época, no contaban con personal sanitario propio ya que por las características de la población que acogían no lo requerían. La progresiva pérdida de autonomía, por una parte, y el incremento de las pluripatologías, por la otra, requerían, además de los cuidados sociales y ayudas instrumentales, atenciones sanitarias continuadas cada vez más complejas. Ello, para la residencia suponía consecuencias de todo tipo pero especialmente organizativas, pues no contaba con profesionales especializados y auxiliares en plantilla formados para ello. También financieras ya que los presupuestos iniciales estaban pensados para un tipo de atención leve y, como tal, con una ratio de recursos humanos calculada para atender a personas autónomas y no dependientes.

En ambos casos se daban problemas de atención y organización. En el primer caso del hospital porque se ocupaban camas por razones no médicas pero sí con grandes cargas de atención de enfermería, lo que suponía reforzar una plantilla que inicialmente estaba pensada para otro tipo de cuidados. Y cuando el alta era posible, la familia pasaba a sufrir las consecuencias en su economía, algunas veces seriamente castigada. En ocasiones, incluso, los mismos servicios sociales asumían, total o parcialmente, los costes de los servicios privados que se contrataban.

En el segundo caso de la residencia, la falta de personal en número y en preparación, derivaba en una asistencia comprometida que debía cubrirse también con recursos complementarios no previstos en los estatutos.

La idea de la atención socio-sanitaria venía pues a resolver dichas lagunas asistenciales fruto de la propia evolución demográfica, pero sobre todo buscaba ganar en eficiencia.

13.1.2. La atención socio-sanitaria: definición

La atención socio-sanitaria es el espacio del sistema de Bienestar Social que se ocupa de los cuidados prolongados, continuados y/o indefinidos de las

personas que sufren problemas de salud y, a la vez, problemas sociales en diferentes medidas y necesidades. La atención sociosanitaria hace extensible el cuidado de la persona a su núcleo familiar. Según se sitúe el centro de gravedad de los problemas, más próximo a las necesidades sanitarias o a las sociales, su cobertura se dará desde organizaciones más vinculadas al sistema sanitario (convalecencias, paliativos, rehabilitación, etcétera) o más vinculadas al sistema social (atención domiciliaria, centros de día, descansos familiares, etcétera).

Tanto en uno como en otro caso, el objetivo son los cuidados continuados. Los servicios, de la mano de los profesionales, se articulan en beneficio de la persona a fin de que en cada momento ésta reciba los apoyos más adecuados.

La atención sociosanitaria es donde lo humano, lo tecnológico, lo científico, lo virtual y filosófico de lo sanitario y lo social convergen manifestándose en un conjunto de servicios y prestaciones en red que se encuentran entre el hospital de agudos y el domicilio de la persona.

La dinámica social, extremadamente cambiante estos últimos años, obliga a establecer indicadores de gestión y de actividad que permitan la progresiva adecuación de los programas consolidados a las nuevas formas de expresión social. La atención sociosanitaria no es sólo un concepto, es, sobre todo, un procedimiento en el que confluyen las diferentes tipologías de apoyo o, en argot más actual, diferentes procesos sociales y/o sociosanitarios.

Todos los servicios de atención a la persona, ya sean de carácter sanitario o social, cuando se integran mediante programas interdisciplinares, con profesionales sanitarios y sociales, adquieren características propias del modelo sociosanitario que basa su acción en la asistencia integral. La condición *sine qua non* de que la persona debe presentar simultáneamente problemas sanitarios y problemas sociales, convierte al sistema sanitario y al de servicios sociales en su principal fuente de actividad asistencial y preventiva. Por ello cabe establecer, además de los programas y servicios, modelos de integración apoyados, entre otros, en la coordinación de sistemas y equipos profesionales. La coordinación integrada y competente no puede ser un detalle discrecional, al libre albedrío de quien la practica, sino un deber de los profesionales.

La atención sociosanitaria dispone de sus propios indicadores de actividad y utilización. Hasta hace bien poco escapaba de la tiranía de los hospitales de agudos de alta tecnología en donde la estancia media es una variable ineludible. Dando un salto al presente, esa flexibilidad inicial ha desembocado en unos límites que, si bien son más amplios que los de los hospitales de agudos, también se han apropiado de las bases de funcionamiento de algunas áreas como convalecencia, rehabilitación, etcétera.

13.1.3. La atención sociosanitaria en el Ministerio de Sanidad y Consumo

Primero cabe recordar que las competencias en sanidad están transferidas a las Comunidades Autónomas, como las de servicios sociales. No obstan-

te, el Ministerio de Sanidad y Consumo⁸ como organismo estatal marca los siguientes puntos de partida:

«La atención socio-sanitaria comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social.

En el ámbito sanitario, la atención socio-sanitaria se llevará a cabo en los ámbitos de atención que cada comunidad autónoma determine y en cualquier caso comprenderá:

Los cuidados sanitarios de larga duración.

La atención sanitaria a la convalecencia.

La rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable.

La continuidad del servicio será garantizada por los servicios sanitarios y sociales a través de la adecuada coordinación entre las Administraciones públicas correspondientes».

Como queda patente se deja de lado el ámbito social. Ello viene a confirmar el abismo siempre presente en el sistema sanitario respecto al sistema de servicios sociales que sólo aparece como una receta general y para salir del paso. Pero ello también sucede cuando se analiza información particular del sistema de servicios sociales.

13.2. EL PROGRAMA «VIDA ALS ANYS» DE LA GENERALITAT DE CATALUÑA 1985-2003

Hablar de la atención socio-sanitaria en España lleva directamente a la experiencia de Cataluña, la primera Comunidad Autónoma que introdujo el concepto, la metodología y la práctica. Durante muchos años fue la única que, no sin dificultades, forjó un modelo socio-sanitario propio en el cual se reflejaron el resto de Comunidades que fueron avanzando en este camino e introduciendo, eso sí, sus propios matices. Desde 1984, la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales empezó a desarrollar el concepto y se diseñó un primer sistema de programas y servicios, como se ha mencionado, para cubrir las necesidades derivadas de las personas con problemas sanitarios y problemas sociales. Todo ello culminaba en 1986 con la creación del Programa de Atención Socio-sanitaria bautizado con el nombre de «Programa Vida als Anys».⁹

8 www.msc.org - <http://www.msc.es/profesionales/servicios/atencionSocioSanitaria>

9 Su traducción al castellano es «Programa Vida a los Años». Tiene como punto de partida la idea, avalada por la OMS en sus objetivos para el 2000, de que no se trata de añadir años a la vida y que ésta se viva de cualquier manera, sino de añadir vida a los años.

Inicialmente, como consecuencia de las necesidades detectadas y mencionadas en un punto anterior, el Programa se centró en las personas con enfermedades crónicas y terminales. Como bien ha hecho notar el director de este libro, Demetrio Casado, la elección de esta clase de destinatarios, más otros que aparecen especificados después, parece contradictoria con el lema de la OMS que se tomó para dar nombre al programa: Vida a los años. Es cierto, y quizá sea un buen ejemplo de desconexión entre el deseo de quienes dimensionaron el programa y las posibilidades reales que tenía en su inicio. El nombre sustentaba toda una ideología y una voluntad de servicio, pero de nuevo la realidad impuso sus límites a las prestaciones. Cabe notar que el despliegue del programa fue lento pero por la envergadura no podía ser de otra manera. El motivo de centrarse en las personas con enfermedades crónicas y terminales, en opinión de la autora, fue una prioridad basada precisamente en la imposibilidad real de estas personas de recibir una asistencia de calidad fuera del hospital. Ello considerando que el hospital, para esta población sumamente delicada y frágil, es un medio hostil y agresivo en sí mismo: infecciones secundarias, aumento de estados confusionales, etcétera. En muchos casos eran enfermos en estado terminal y muy dependientes; en este sentido, el programa quizás no añadía vida a los años pero sí añadía cuidados, serenidad y sosiego. Se pasaba de la idea de una medicina curativa a una medicina basada en los cuidados. Se modificaba la idea de curar por la de cuidar, y ello el programa sin duda lo logró.

¿Las razones para priorizar esta población y no otra? Probablemente hay varias. Una se podría buscar en el poder que los hospitales ejercían sobre el sistema sanitario en general. El creciente número de personas dependientes que permanecían ingresadas por falta de establecimientos adecuados a sus necesidades sin duda fue un motivo agravado por el mal uso de las camas cuando había personas enfermas que sí requerían el ingreso. Veinte años ofrecen una buena perspectiva. Como se ha mencionado en un punto anterior, los servicios privados no reunían condiciones para atender a personas altamente dependientes y con necesidades diarias de curas y todo tipo de atenciones. Aparte de que en muchos casos tampoco las admitían. Otra razón podría ser que la mayoría de centros sociosanitarios que se habilitaron eran los antiguos hospitales municipales que habían dejado sus viejas instalaciones para trasladarse a las nuevas. Ningún centro sociosanitario se construyó de nuevo, todos fueron reformados. Las nuevas construcciones iban destinadas a hospitales de agudos. Independientemente de las diversas lecturas que puedan sacarse de este hecho, probablemente la estructura hospitalaria de los establecimientos que acogieron los centros sociosanitarios facilitó que los primeros clientes fueran personas con una alta dependencia sanitaria y una dependencia social variable.

La principal novedad que introducía el Programa «*Vida als Anys*» era que a la atención clásica de las necesidades sanitarias se incorporaban actividades de atención integral, prevención e interdisciplinariedad.

En 1988 se creó el Departamento de Bienestar Social y ello implicó que el Programa «*Vida als Anys*» adquiriera un carácter interdepartamental tanto en lo asistencial como en lo financiero. Con la creación de la Consejería de Bienestar

Social, el Programa basculaba entre ésta y la de Sanidad, aunque quizás con menos relación funcional de la esperable.

Actualmente el Programa «*Vida als Anys*» como tal ya no existe, quedó disuelto en 2003, aunque su filosofía sigue presente en toda la red asistencial socio-sanitaria y su modelo de atención integral continúa siendo un buen modelo a potenciar. No se puede negar que en cifras generales los resultados obtenidos fueron satisfactorios y que muchas personas se beneficiaron de sus prestaciones. Probablemente otras muchas quedaron descontentas, pero cabe admitir que un despliegue de servicios de tal magnitud requiere estrategia, así como mucho esfuerzo y comprensión por parte de todos los implicados, incluidos los ciudadanos. La realidad de las personas trasciende las normativas y previsiones de la mayoría de los planificadores; por ello es tan importante partir de modelos gestionados que se van adecuando y no solamente modelos administrados que se limitan a aplicar la norma.

Aspectos generales del modelo «Vida als Anys»¹⁰

Progresivamente, el Programa incluyó en su marco de atención a cualquier persona con enfermedad crónica, con pluripatología, enfermedad invalidante o degenerativa, enfermedad terminal por cáncer, sida u otros procesos.

El modelo del Programa «*Vida als Anys*» contemplaba:

- La atención y organización de los servicios.
- La financiación de los servicios.

La atención

El principio básico que inspiró dicho modelo era el contemplar a la persona globalmente y no únicamente en sus problemas físicos. Ello implicaba que el tratamiento también iba más allá de las clásicas curas técnicas, incluyendo el abordaje de los componentes psicológicos, sociales, relacionales, comunitarios, etcétera. El conjunto que constituyó la base del modelo de atención era el paciente, su familia y el equipo asistencial. El objetivo: lograr el bienestar del núcleo de intervención y garantizar la continuidad de la asistencia para la persona.

Los servicios

El modelo de atención se sustentaba en un conjunto de servicios que entre ellos se complementaban. La tipología de los servicios y sus funciones se recogieron en una Orden del 15 de mayo de 1991. Su distribución fue la que sigue:

Servicios de internamiento, centros socio-sanitarios:

- Unidad de larga estancia.

¹⁰ En su momento, esta parte fue revisada para su publicación por el Dr. Antoni Salvà, último director del Programa «*Vida als Anys*».

- Unidad de media estancia.
- Unidad de convalecencia - subagudos.
- Unidad de cuidados paliativos.
- Unidad de Sida.

Servicios alternativos:

- Hospital de día.
- Programas de atención domiciliaria equipos de soporte (PADES).
- Unidades funcionales interdisciplinarias sociosanitarias (UFISS).
 - UFISS de geriatría.
 - UFISS de curas paliativas.
 - UFISS mixtas.
 - UFISS de demencias.
 - UFISS respiratoria.
- Unidades de evaluación geriátrica ambulatoria.

También cabe resaltar que no se definen los servicios sociosanitarios dependientes de la entonces Consejería de Bienestar Social. Lo que pone de relieve que el modelo, poco a poco, iba tomando un cariz más sanitario que social y también que la parte social no supo vincularse al programa como desde la teoría se esperaba.

Los clientes

El Programa «*Vida als Anys*» definió grandes grupos de usuarios de sus servicios:

- Personas mayores con enfermedad crónica, con problemas de rehabilitación funcional, dependencia o déficit y falta de soporte familiar y social.
- Personas con enfermedades crónicas evolutivas y progresivamente invalidantes.
- Personas con enfermedades psíquicas crónicas, por ejemplo la demencia senil.
- Enfermos terminales oncológicos y otras enfermedades.
- Personas que habiendo superado la enfermedad en su fase aguda o con un grado moderado de dependencia, requieren curas o terapia de rehabilitación antes de reintegrarse nuevamente a la comunidad.

La financiación

Desde 1990 se fijó una nueva fórmula de financiación. Por una parte se definió el módulo de soporte sanitario y por la otra el módulo de soporte social. Para larga estancia y hospital de día:

El módulo de soporte sanitario: disponía de tres tarifas que se deter-

minaban según el grado de dependencia y el grado de complejidad terapéutica. Este módulo cubría los costes de atención sanitaria (médica, enfermería, rehabilitación, medicación, etcétera.) y en todos los casos lo financiaba el Departamento de Sanidad y Seguridad Social.

El módulo de soporte social: con una tarifa única servía para cubrir los costes residenciales sustitutivos del hogar. Los sufragaba el Departamento de Bienestar Social.

Dentro de los tres primeros meses el cliente quedaba exento de cualquier aportación. Pasados estos, la aportación económica del usuario seguía unos baremos prefijados y aprobados en el Diario Oficial de la Generalitat (DOG). No obstante, algunos colectivos con poca capacidad económica quedaban excluidos de dicha aportación.

Para convalecencia y curas paliativas: la financiación corría exclusivamente a cargo del módulo sanitario. Así mismo, desde 1999, en ambas unidades se introdujo el pago según la complejidad de los enfermos: Complejidad A, Complejidad B y Complejidad C. Las complejidades se definieron sobre la base de la mayor o menor necesidad de asistencia sanitaria y, como se ha dicho, la financiación corría en exclusiva a cargo de sanidad.

Si bien convalecencia y curas paliativas tenían un componente básicamente sanitario, la mayoría de las veces eran servicios que estaban ubicados dentro del mismo establecimiento en donde se prestaban los otros servicios socio-sanitarios que sí tenían una financiación mixta. No es difícil imaginar que ello originaría más de una confusión entre los clientes y sus familiares de una y otra área que, ajenos al sistema administrativo, veían como unos no pagaban nada y otros sí. Ello supone un elemento crítico de cara a la imagen dada a la ciudadanía que, casi siempre, establece comparaciones y puede sentirse agraviada. Pero sobre todo pone de relieve el problema de integrar servicios universales y servicios selectivos.

La calidad

El Programa desarrolló un conjunto de instrumentos para medir y evaluar la calidad de las prestaciones de los servicios. Para ello definió una serie de indicadores básicos que facilitaban la evaluación de los resultados de la actividad en cuanto a la eficiencia y la calidad de los servicios.

Había tres grupos de indicadores:

- Trabajo en equipo.
- Entorno físico.
- Actividad de los clientes.

13.3. ALGUNAS EXPERIENCIAS PÚBLICAS DE INTRODUCCIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN SOCIOSANITARIA

Un prejuicio extendido entre los profesionales es que la Administración Pública no permite desarrollar programas innovadores y mucho menos apoya la aplicación de fórmulas diferentes a las establecidas por la normativa existente. Otro estereotipo generalizado entre muchos directivos de organizaciones públicas es que los profesionales que las integran están sólo dispuestos a cumplir con aquello que les obliga la plaza que ocupan, muchas veces ganada por oposición, y no más. Por tanto, cualquier intento que busque la introducción de fórmulas diferentes que innoven con toda probabilidad será rechazado. Este es un debate que se podría denominar circular porque ambos colectivos encontrarían argumentos que responsabilizarían al otro del anquilosamiento del sistema público y seguramente todos ellos estarían bien fundamentados y avalados por multitud de ejemplos. No obstante, desde el punto de vista de la responsabilidad individual que cada profesional tiene respecto a su función en la producción de bienestar y salud, justificarse en lo que los otros no hacen resulta una actitud poco ética, pues se elude una parte importante de la responsabilidad individual en el ejercicio de la profesión.

Las organizaciones públicas del siglo XXI no se pueden permitir el goteo constante de pérdida de competencia y eficiencia. Sin embargo, hablar de organizaciones es hablar de profesionales y no de un ente superior abstracto. Peter Drucker¹¹ ya alertaba hace años de la pérdida de competencia del sector público y servicios. Escribía: *«A menos que aprendamos cómo aumentar la productividad de los trabajadores del saber y de los servicios, y lo hagamos rápido, los países desarrollados se enfrentarán al estancamiento económico y a una grave tensión social». [...] «Un gran número de trabajadores de los servicios realizan tareas que exigen una especialización baja y un nivel de educación relativamente pequeño; si una economía en la cual su productividad es baja procura pagarles un salario considerablemente por encima de sus resultados, la inflación erosionará inevitablemente los ingresos reales de todos»*. Y sin duda este es un tema que ha empezado a preocupar a la Administración, como se puso de relieve en abril de 2005 en la presentación del Informe de la Comisión de Expertos para el Estatuto Básico del Empleado Público. El gabinete de prensa del Ministerio de Administraciones Públicas en su comunicado oficial, dentro del apartado del sistema retributivo del informe, escribía textualmente: *«El sistema retributivo debe ganar en transparencia y equidad y vincularse en mayor medida al rendimiento y al logro de los objetivos de la organización, al tiempo que sirva para motivar, atraer y retener a los mejores empleados. Para los contratados laborales deben contemplarse condiciones similares por convenio colectivo»*.¹²

11 Drucker, P. F.: (1993) *La sociedad poscapitalista*. Barcelona, Editorial Apóstrofe. Pág 90.

12 Jordi Sevilla presenta el informe de la Comisión de Expertos para el Estatuto Básico del Empleado Público. Web Ministerio de Administraciones Públicas. www.map.es

Generalizar sería demagogo ya que cada organización tiene su propio «sistema nervioso» que le impulsa a manifestarse de una u otra manera, le imprime carácter. Con el tiempo, y después de conocer muchos servicios hospitalarios y de atención primaria públicos de casi todas las Comunidades Autónomas, uno recoge numerosas experiencias que rompen la crisálida de funcionamientos pétreos y se da cuenta de que la innovación dentro del sistema público es posible y que ésta se encuentra en manos de los profesionales. Por una parte de los directivos, pero también de los profesionales de atención directa que con su experiencia diaria disponen de elementos fiables para guiar el cambio.

Materializar aquellas propuestas que se han puesto negro sobre blanco como un rosario de soluciones es todo un arte y requiere de algo más que palabras. Pasar de las ideas a la acción es el nudo gordiano de la cuestión y, visto lo visto, lo más difícil. Frans Johansson ha acuñado el concepto de Intersección, en el cual se enmarca la idea anterior. Escribe: *«Hay un lugar en el que las diferentes culturas, ámbitos y disciplinas confluyen en un punto único. Conectan y permiten que los conceptos establecidos topen y se combinen formando finalmente un gran número de ideas nuevas y rompedoras. Este lugar, en el que se encuentran diferentes campos, es lo que denomino Intersección»*.¹³ Para articular cambios organizativos en el sistema sanitario y social se necesita tiempo, paciencia y perseverancia. También capacidad de autocrítica y tolerancia a la frustración. Como se verá en los ejemplos prácticos que se presentan a continuación, en algunos de ellos se trabaja con información longitudinal de varios años. Identificar nuevas realidades sociales o socio-sanitarias y adelantarse a los problemas futuros con soluciones eficaces no tiene más camino que el del tiempo, la metodología sistemática y el estudio. Cuando el director general de tráfico antes de determinados festivos o puentes largos anuncia las muertes que se cobrará la carretera¹⁴ no está haciendo futurismo, ni está dando una cifra al azar, simplemente toma la estadística de varios años. En esta misma línea, los profesionales del campo sanitario tienen una amplia tradición en sistemas de información epidemiológicos. En cambio los profesionales del campo social, incluso hoy, todavía algunos siguen resistiéndose a usar las nuevas tecnologías para optimizar su trabajo, tanto en el registro como en el análisis, y continúan con el ya obsoleto «palito - palito» para elaborar sus limitados informes y memorias. Este desfase entre las herramientas de apoyo que usan los profesionales sanitarios y los sociales en especial respecto al uso de las nuevas tecnologías se empieza a revelar como un problema a la hora de comprender lo socio-sanitario, pues se dispone de mucha información de lo sanitario pero poca de lo social que fue el origen, siempre dentro del mismo plano de acción socio-sanitaria. Si las familias hubieran asumido las atenciones de las personas probablemente el modelo socio-sanitario no se habría inventado. Fueron los cambios sociales los que impulsaron en gran parte el nuevo modelo.

13 Johansson, F. (2005) *El efecto Medici*. Barcelona. Ediciones Deusto. Pág. 10.

14 Véase cualquier rotativo un par de días antes de iniciarse cualquier operación salida.

Si algo se les puede reprochar a los responsables de la Administración y de los servicios públicos es la falta de explotación del conocimiento de sus profesionales, tanto del que aportan a la organización como del que puedan crear dentro de ella. El acopio de experiencia profesional raramente se transforma en plataforma de saber para complementar la teoría clásica. El saber que surge de la pericia, la experiencia, el contacto con las personas enfermas y sus familias es algo que no se alcanza en la universidad. Al respecto, Ikujiro Nonaka¹⁵ escribe: «*La mayoría de los directores occidentales mantienen una visión demasiado estrecha acerca de lo que es el conocimiento y cómo debe ser explotado y aprovechado por la empresa. Creen que sólo es útil el conocimiento hard (en el sentido de cuantificable). Y consideran que la empresa es una especie de máquina para procesar la información*». Resulta chocante que sea un japonés quien desarrolle esta observación. Y sigue: «*Existe otra manera de entender el conocimiento y el papel que debe desempeñar en la empresa. Es una manera que se suele encontrar más frecuentemente en empresas japonesas de gran éxito como Honda, Canon, Matsushita y Sharp. Los directores de estas empresas son conscientes de que la creación de nuevo conocimiento no es simplemente una cuestión de procesar información objetiva de un modo mecanicista y automático. Opinan que es más bien una cuestión de saber aprovechar las tácitas y a veces muy subjetivas percepciones, ideas e intuiciones de los empleados*». Ocurre que mientras el sistema sanitario se refina en las técnicas y modelos de gestión, el sistema social sigue otro camino más lento y menos preciso. Ello afecta a la organización y desarrollo de la atención sociosanitaria ya que por definición integra ambos campos de atención y, por tanto, éstos deberían entenderse.

Justificar la parálisis en alusión a la rigidez de las organizaciones o de la misma Administración es, en muchos casos, sólo una excusa creíble porque todos los estereotipos la avalan. En ocasiones la realidad puede impedir el cambio, pero son las menos. El margen de maniobra que tienen los servicios públicos es amplio cuando la voluntad insiste y, además, permite innovar con fórmulas atrevidas. Por ello surgen dos preguntas casi inevitables:

- ¿Realmente se quieren mejorar los servicios?
- Si se quieren mejorar ¿Por qué no se mejoran?

En esta parte el capítulo tomará la práctica como base, presentando algunas experiencias de atención sociosanitaria en instituciones públicas, así como algunos de sus resultados.

13.3.1. 1985. Puesta en marcha del Programa de Planificación del Alta Hospitalaria: Hospital de Sant Andreu de Manresa

En 1985 y después de conocer, de la mano de su directora Ms. Sandra Butcher, la organización del área social del Hospital George Washington Medi-

¹⁵ Harvard Business Review. Gestión del conocimiento. (2003) Capítulo Nonaka, I.: «*La empresa creadora de conocimiento*». Barcelona. Ediciones Deusto. Pág. 23-24.

cal Center¹⁶ sito en Washington D. C. (USA), en donde, paralelamente a la asistencia sanitaria, se prestaba asistencia social a todas las personas ingresadas, se propuso a la gerencia del Hospital de Sant Andreu de Manresa (Barcelona) la puesta en marcha de un programa piloto social y sanitario de Planificación del Alta Hospitalaria.^{17 18} Por aquel entonces, el modelo de intervención aplicado por la trabajadora social del hospital era estrictamente a demanda del personal sanitario u otros. La implementación del Programa de Planificación del Alta significaba un cambio sustancial para ella, pasar a intervenir sin que hubiera una demanda, por programa y sistemáticamente a partir de criterios de riesgo socio-sanitario.

La respuesta literal del gerente a la propuesta fue: «*Mientras no nos cueste dinero organiza lo que quieras*». Una reacción posible hubiera sido claudicar, dejar correr la idea pues el trabajo diario cambiaba considerablemente. Pero la metodología y la entrevista con Ms. Butcher resultaron tan alentadoras e innovadoras que esta posibilidad ni siquiera se contempló. El permiso era más que suficiente para empezar con la experiencia, el resto, si los resultados lo justificaban, vendría sólo.

Bajo la losa de que en ningún caso se podían incrementar los recursos humanos se inició una tímida puesta en marcha del Programa de Planificación del Alta.¹⁹ Cabe decir que tanto el personal médico como el de enfermería apoyaron enseguida la propuesta que llegaba de la mano de la trabajadora social del hospital. La limitación de recursos del servicio de trabajo social hizo priorizar la implementación del Programa de Alta en el área de Medicina Interna, servicio en donde por el tipo de población y diagnósticos clínicos se daba una mayor demanda de asistencia social. Merece la pena decir que la directora de enfermería puso a disposición de la trabajadora social una auxiliar de las llamadas «corre turnos» para apoyar las tareas administrativas y de registro en el momento del día en que el trabajo de planta lo permitiese.

Acto seguido se diseñó un sistema de información para recoger aquellos datos relevantes y susceptibles de ser analizados a posteriori y así, establecer los primeros indicadores a la vez que realizar un seguimiento longitudinal de las tendencias. Los resultados podían ser el soporte a los argumentos de cambio en la organización y una primera aproximación a la creación de nuevos recursos de carácter socio-sanitario.

Antes de iniciar la experiencia se realizó una reunión con las responsables, del área social y del área sanitaria, del Servicio de Atención a Domicilio de los servicios sociales de base. Se las informó de la puesta en marcha de la experiencia y a la vez se solicitó su apoyo en calidad de respuesta en caso de que la

16 GWU Medical Center (1984) Vol. VI, Núm. 6, Marzo.

17 American Hospital Association & Social Work Directors Society (1973).

18 Butcher, S. (1984) Directora del Departamento de Servicios Sociales del George Washington University, Medical Center. Washington.

19 Colom, D. (1986) «Programa aplicado en el hospital de Sant Andreu para detectar las dificultades sociales que pueden retrasar el alta y/o impedir la posterior reinserción domiciliaria». Revista de Trabajo Social, RTS. Núm. 104 diciembre. Edita el Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de Cataluña.

puesta en marcha del nuevo programa conllevará una mayor detección de personas con problemas que requirieran atención domiciliaria. Su respuesta también fue positiva. Cabe decir que en la primera experiencia la necesidad de este servicio no se incrementó.

También en 1985 se había efectuado un estudio sobre las causas sociales de algunos reingresos hospitalarios²⁰ viendo que en muchos casos la carencia de una red de apoyo social provocaba el incumplimiento terapéutico y rompía la cadena asistencial sanitaria que derivaba en un reingreso por urgencias, muchas veces en situaciones deplorables. En este sentido se evocó la conocida reflexión del Dr. Richard Cabot²¹ cuando ya a primeros del siglo XX reclamó el estudio social de las personas que atendía, pues en algunos casos no podían seguir con el tratamiento médico que él les prescribía. Así, el Programa del Alta empezó a funcionar sobre octubre de 1985.

Objetivos del Programa. Hoy se han ampliado, pero en aquel tiempo eran básicamente tres: 1) Identificar cuanto antes los problemas sociales de las personas enfermas. 2) Evitar así la demanda de ayuda sociosanitaria en el último momento cuando el médico anunciaba el alta hospitalaria, la cual debía anularse por falta de apoyo social. 3) Garantizar la continuidad asistencial.

Con el Programa del Alta la trabajadora social intervenía desde las primeras veinticuatro horas del ingreso sobre aquella población que presentaba alguno de los indicadores definidos como de riesgo social²² y empezaba a trabajar sobre sus realidades y necesidades para facilitar el regreso a casa en las mejores condiciones. La intervención social tenía un carácter preventivo y se adelantaba a la identificación de las necesidades. Cuando era necesario, gestionaba desde el primer día los apoyos post alta posibles pues los recursos eran prácticamente nulos y también establecía una secuencia de entrevistas de soporte a la familia. Todo ello para que cuando el médico firmara el alta ésta pudiera darse.

A posteriori «El Riesgo» ha cobrado una gran trascendencia en el ámbito de la salud. La OMS en su informe anual sobre la salud en el mundo 2002, definió el riesgo como: «*La probabilidad de un resultado adverso, o un factor que aumenta esa probabilidad. Para proteger a la población –y ayudarla a protegerse a sí misma– los gobiernos necesitan poder evaluar los riesgos y elegir las intervenciones más costo eficaces y asequibles para evitar que se produzcan esos riesgos*».²³

Fusión Hospitalaria. En 1987 el Hospital de Sant Andreu y el Hospital de Sant Joan de Déu iniciaron un proceso de fusión que supuso una difícil integra-

20 Colom, D.; Portella, E. (1989) «Evaluación social y sanitaria de los ancianos que han reingresado en servicios hospitalarios de Manresa». Revista de Trabajo Social, R.T.S. Núm. 113, Barcelona, Edita el Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de Cataluña.

21 Cabot, R. (1920) *Ensayos de medicina social. La función de la visitadora a domicilio*. Calpe. Madrid.

22 Algunos de ellos son: Mayor de 70 años, viviendo solo o con cónyuge de edad similar; haber sufrido un Accidente Vascular Cerebral; ser mayor de 70 años y reingresado; ser mayor de 70 años y haber sufrido una caída o fractura, etcétera.

23 OMS, Informe sobre la Salud en el Mundo 2002.

ción de servicios incluido el de trabajo social. La fusión dio lugar al Hospital General de Manresa. A partir de este momento, aunque era un único servicio integrado jerárquica y funcionalmente, al inicio, ambas unidades siguieron practicando sus propios modelos, la Unidad de Sant Joan de Déu a demanda de la población y personal sanitario y la Unidad de Sant Andreu por Programa de Planificación del Alta.

13.3.2. Ficha técnica de los resultados en la Unidad de Sant Andreu - Hospital General de Manresa²⁴

Si bien el Programa de Planificación del Alta iba mostrando su eficiencia en cuanto a la detección de necesidades socio-sanitarias desde el principio del ingreso, puso de relieve otras realidades que se traducían en un déficit del sistema tanto en la disponibilidad de servicios de apoyo socio-sanitario, como en la inadecuación de los recursos. Pero el nuevo programa permitía ajustar en gran medida las plazas de apoyo social y/o socio-sanitario necesarias para cubrir la demanda generada por el hospital. Una información de gran valor para la futura planificación de recursos socio-sanitarios.

Institución: Unidad Asistencial de Sant Andreu. Hospital General de Manresa.

Población: Incluye la información de 1.142 personas atendidas dentro del Programa de Planificación del Alta (PPA). El hospital tuvo un total de 10.331 ingresos.

Demografía: Los enfermos atendidos pertenecían básicamente a la Comarca del Bages. En aquella época albergaba una población aproximada de 150.000 habitantes. La proporción era un 48% de hospitalizados de la ciudad de Manresa y un 52% del resto de la comarca, básicamente entorno rural.

Período: Para el análisis se utilizó información recogida por el Servicio de trabajo social, durante 30 meses, desde el mes de mayo de 1986.

Instrumento: Se aplicó el protocolo utilizado en el Programa de Planificación del Alta que recoge sistemáticamente datos sanitarios, demográficos, de vivienda, económicos, familiares, grados de dependencia física, demandas, necesidades y recursos utilizados, entre otros.

Técnicas: Como base de recogida de datos se utilizó la técnica de entrevista y de documentación.

Camas hospitalarias: En el momento del estudio, la comarca del Bages contaba con una oferta hospitalaria de 650 camas.

Servicios comunitarios: Los servicios comunitarios disponibles para atención de personas dadas de alta del hospital, eran el Servicio de Atención a Domicilio de algunos ayuntamientos y las residencias municipales

²⁴ Algunos de los resultados que se presentan a continuación han sido publicados a lo largo de este tiempo en revistas y libros especializados.

y privadas, siempre para personas válidas.

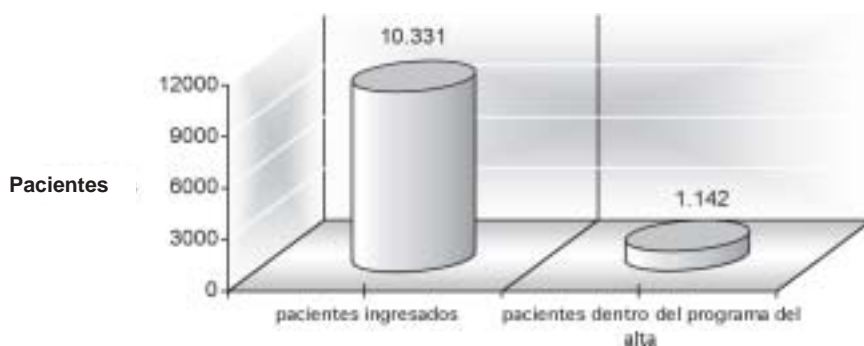
En el año 1987, se puso en funcionamiento un área para enfermos crónicos con 30 plazas.

Al año siguiente, en 1988, se puso en marcha una Residencia Asistida de 48 plazas. Ambos servicios, área de crónicos y residencia asistida, de ámbito comarcal.

13.3.3. Resultados en la Unitat de Sant Andreu - Hospital General de Manresa

Como muestra la gráfica adjunta de los 10.331 pacientes hospitalizados en el periodo del estudio, 1.142 se incluyeron en el Programa de Planificación del Alta. Esto es el 11,1% del total. De estos, 1.142, 591 (51,8%) eran hombres

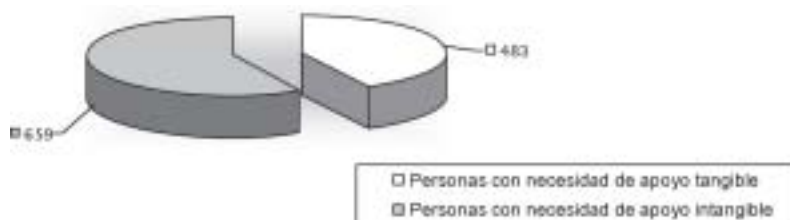
GRÁFICA 1. Pacientes ingresados versus pacientes incluidos en el Programa de Planificación del Alta



y 551 (48,2%) mujeres.

En 483 (42,2%) personas se detectó la necesidad de utilización de servicios sociales o sociosanitarios de apoyo después del alta. En las 659 personas restantes, el recurso principal fue la trabajadora social, asesorando, dando apoyo emocional, informando a la familia sobre la nueva realidad después del alta y

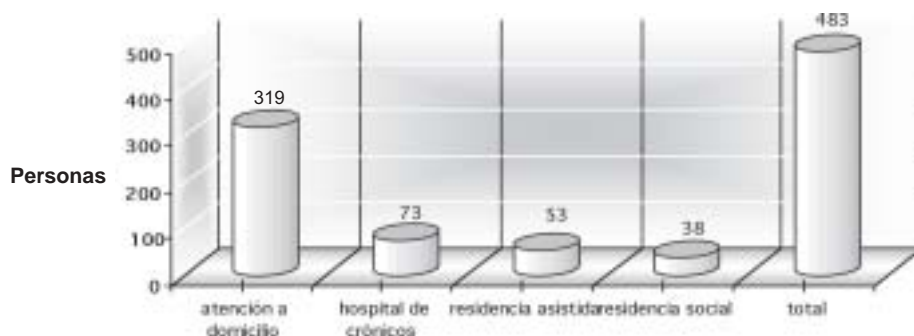
GRÁFICA 2. Distribución de las personas atendidas en el Programa de Planificación del Alta por tipología de apoyo



gestionando sus pasos hacia el domicilio.

De los 483 casos detectados con necesidad de apoyo, se observa que la necesidad diagnóstica de mayor frecuencia fue la de atención a domicilio, con 319 casos (66%); la segunda fue la de atención a enfermos crónicos en centro socio-sanitario, con 73 casos (15,1%); siguiéndole la de residencia asistida con 53 casos (10,9%). Por último, la de residencia para personas autónomas con 38

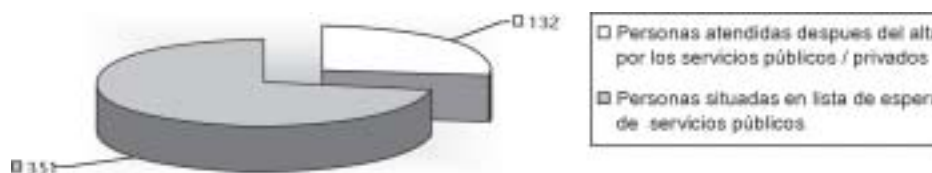
GRÁFICA 3. Distribución de las tipologías de apoyo



casos (7,8%).

De todos los pacientes que requerían ayuda institucional (necesidad de servicios comunitarios, ya fuera en régimen ambulatorio o en régimen de internamiento), un total de 483, sólo 132, el 27% de los casos la recibieron. El 73% restante quedó en lista de espera siendo la familia quién debía asumir la aten-

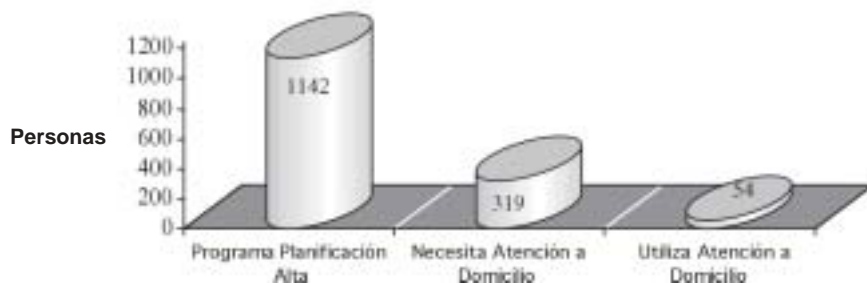
GRÁFICA 4. Población atendida por los servicios públicos / o privados versus la desatendida sólo con apoyo familiar



ción.

Para precisar más la realidad que se estaba configurando, se estudió concretamente la población tributaria de atención a domicilio, en total 319 personas. De éstas recibieron la prestación 54, el resto cubrió la necesidad en diferentes

GRÁFICA 5. Población total del Programa de Alta, la que requiere atención a domicilio y la que recibe el servicio

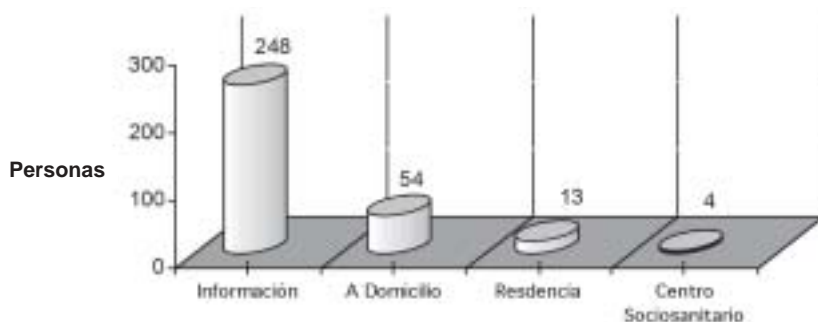


formas.

Enseguida se vio la necesidad de conocer qué ocurría con el resto de personas que no recibían la atención a domicilio y cómo se resolvió su necesidad.

La gráfica siguiente muestra que dejando el grupo de 54 que sí vio satisfecha su necesidad después del alta hospitalaria, 265 tuvieron que resolver de otra manera. Resalta que en 248 casos se facilitó información acerca de otras posibilidades pero regresaron a su casa bajo la tutela familiar. En 13 casos se produjo el ingreso en una residencia para personas válidas y en 4 casos se produjo el ingreso en el Centro Sociosanitario, todavía denominado hospital

GRÁFICA 6. Distribución de la utilización de apoyos por parte de las personas que requerían atención a domicilio



13.3.4. ¿Qué supuso para la gerencia del hospital esta información de carácter sociosanitario del Servicio de Trabajo Social?

El trabajador social, por definición, es un profesional promotor de recursos y un agente de cambio; por tanto, los resultados no podían quedar como tales y requerían de una propuesta estratégica. Estos resultados fueron un aval ante la

gerencia del hospital para proponer a los Servicios Sociales de Base el apoyo ideológico pero también financiero para integrar al Programa de Planificación del Alta un Programa temporal de Atención a Domicilio dependiente, jerárquica y funcionalmente, del Servicio de Trabajo Social del Hospital.

Era una fórmula osada que rompía con los moldes de lo establecido hasta entonces pero que no buscaba más que la eficiencia y el acercar la necesidad al centro de solución. Después de muchas horas de debate, la primera prueba piloto se iniciaba en agosto de 1990 y se financiaba a partir de un programa de creación de empleo del INEM apoyado por el ayuntamiento de la ciudad, de la mano de los servicios sociales.

Los resultados del Programa del Alta y Atención a Domicilio resultaron muy positivos. Primero desde la perspectiva de las personas que se beneficiaban del servicio, pero luego también tanto desde la perspectiva del Hospital como desde la perspectiva de los Servicios sociales que vieron sustancialmente reducida la demanda de atención a domicilio y, por tanto, se redujo su propia lista de espera. Con la puesta en marcha del nuevo programa a los servicios sociales llegaban aquellos casos que requerían atención intensa y por un espacio de tiempo impredecible. Ello llevó en 1992 a ambas organizaciones, Ayuntamiento y Hospital, a proponer conjuntamente al Programa «*Vida als Anys*» de la Generalitat de Catalunya la financiación de una parte del Programa, concretamente a la trabajadora social, entendiéndolo que era una nueva fórmula de atención y cooperación novedosa entre organizaciones sanitarias y sociales. La responsable del «*Programa Vida als Anys*» de la Consejería de Sanidad consideró más adecuado proponerlo a la responsable del Programa en la Consejería de Bienestar Social que, tras escuchar y ver los primeros resultados, con cierto estupor, finalmente aprobó la experiencia de una prueba piloto de tres años. Así empezaba un nuevo periodo con tres años por delante para el Programa del Alta y Atención a Domicilio temporal.

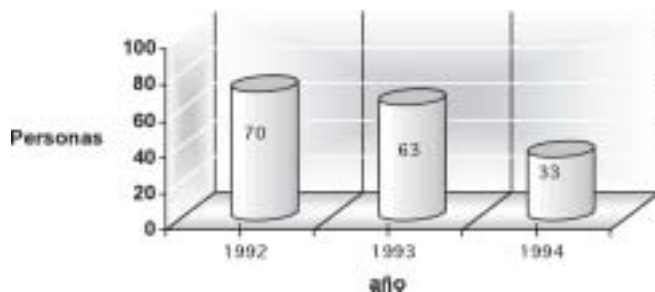
Los resultados que se fueron obteniendo a medida que pasaba el tiempo tuvieron muchas caras, en algunos casos eran motivo de satisfacción pero en otras seguían poniendo de relieve déficit importantes en la organización y redes de apoyo socio-sanitario.

13.3.5. Los resultados: ¿qué son?

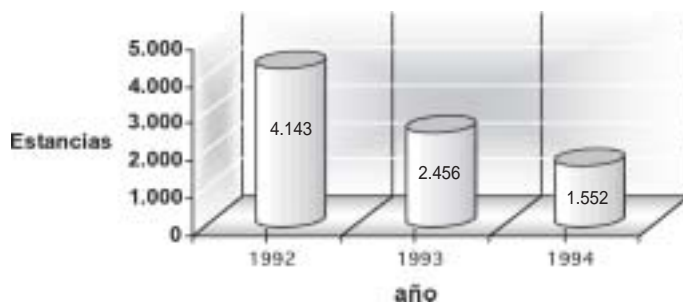
Este es un interesante debate que muchas veces entra en colisión según quien participe. Pero dentro del Programa de Alta y Atención a Domicilio había dos puntos: después del alta médica el mejor entorno nunca era el hospital y la gestión directa de un recurso tan especializado tenía que mostrarse reduciendo el uso de servicios más complejos y, por tanto, era esperable una reducción de la estancia media hospitalaria de este grupo de población. Lo primero que se observó fue que se reducían las demandas de ingreso en centro socio-sanitario, como muestra la gráfica siguiente.

La gráfica 7 muestra la tendencia inversa en cuanto a la demanda de ingreso en centro socio-sanitario entre los años 1992 y 1994.

GRÁFICA 7. Reducción del número de personas que solicitaban el ingreso en Centro Sociosanitario

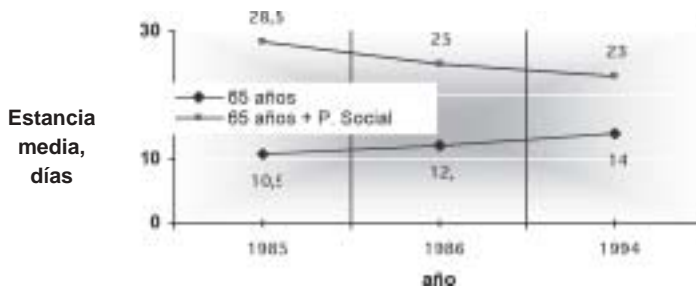


GRÁFICA 8. Reducción del número de estancias de las personas que solicitaban el ingreso en Centro Sociosanitario



Una primera consecuencia del resultado de la gráfica 8 fue la reducción del número de estancias hospitalarias esperando el ingreso en centro sociosanitario. Pasar de 4.143 días a 1.552 supone un importante apoyo para agilizar las listas de espera a la vez que una optimización del recurso hospital, financieramente hablando.

GRÁFICA 9. Evolución de la estancia media de las personas mayores de 65 años con problemas sociales y de las mismas sin problemas sociales



Un resultado muy interesante es el de la gráfica 9 al mostrar que mientras las personas mayores de 65 años con problema social, y atendidas dentro del Programa del Alta, reducían la estancia media, el mismo grupo, igualmente atendido dentro del Programa del Alta pero sin problema social, la aumentaba. Con este resultado, en este hospital también se rompía el mito de que las personas mayores con problemas sociales aumentan el uso de servicios hospitalarios. El Programa de Planificación del Alta resultó una buena fórmula para optimizar el hospital respecto de aquella población que necesitaba este tipo de apoyo post alta. Pero no se puede olvidar que el alta la da siempre el médico y por tanto los problemas de coordinación sanitaria forman otro gran elemento de desorganización que está en la mano de la gerencia resolver.

Y para los servicios sociales, ¿qué representó la implementación del Programa de Planificación del Alta Hospitalaria y de atención temporal a domicilio? Los resultados referidos al año 1995 pueden verse en la gráfica siguiente.

GRÁFICA 10. Reducción de las solicitudes de Servicio de Atención a Domicilio 1995



FUENTE: Memoria Área de Bienestar Social-Ayuntamiento de Manresa (1995).

Para poner de relieve la importancia y beneficios del programa de atención temporal a domicilio del hospital, incluso para los propios servicios sociales municipales, entendiendo que éste actuaba a modo de filtro al resolver en tiempo real necesidades de atención temporal, se contabilizaron las demandas de Servicio de Atención a Domicilio (SAD) a los servicios sociales municipales realizadas desde el Hospital General de Manresa, centro piloto del programa y se compararon con las realizadas desde el otro Hospital de la ciudad que atendía a población de procedencia y características sanitarias y sociales iguales al primero. Un breve paréntesis para decir que las propias UBASP de los servicios sociales a lo largo del año 1995 se gestionaron 27 demandas de SAD.

Los datos arrojaron, como muestra la gráfica 10, una diferencia de 22 solicitudes de SAD menos en el Hospital General. La cifra de 22 es la resultante de restar las demandas realizadas por el otro Hospital de la ciudad, en total 28, y las generadas por el Hospital General de Manresa, en total 6. Esta diferencia entre ambos

centros expresada en porcentajes suponía que en el año 1995 del total de las 34 demandas procedentes de los hospitales, el otro Hospital había realizado el 82,35% del total mientras que el Hospital General había cursado el resto, el 17,65%, valor mucho más bajo. Justificación suficiente para seguir con el programa. Incluso apoyaba su implementación en el otro Hospital, cosa que no ocurrió por considerar sus responsables que era un servicio fuera de la competencia del centro.

Centrados de nuevo en el Hospital General, ello avaló la continuidad del programa con el apoyo de los servicios sociales del Ayuntamiento de la ciudad, que vieron reducida la presión asistencial y de la gerencia del hospital que vio disminuido el consumo de estancias hospitalarias por falta de apoyo en el domicilio de las personas con problema social dadas de alta. La Generalitat, por su parte, a pesar de los resultados, dio por acabado su convenio. Cabe decir que la dirección que lo impulsó en 1992 había sido relegada unos meses antes. Después de muchas gestiones y presentación de resultados, la Obra Benéfica de los Hermanos de Sant Joan de Déu se comprometió a financiar los costes derivados de la contratación de la trabajadora social. Por su parte, el Ayuntamiento de la ciudad continuó financiando las trabajadoras familiares.

Otro análisis que resultó francamente inquietante fue el referido a las solicitudes tramitadas para el ingreso de personas en centro sociosanitario durante tres años y el número global de aquellas que lograron ingresar. El servicio de trabajo social del Hospital General de Manresa entre 1992 y 1994 gestionó un total de 158 solicitudes de personas que necesitaban ingresar en un centro sociosanitario. Los recursos de la zona ya habían ido creciendo. Cada año se revisaban las solicitudes pendientes. Pasados tres años se hizo otro análisis: revisar las solicitudes resueltas y cómo se habían resuelto. De las 158 solicitudes iniciales, al cabo de tres años quedaban por resolver 21. A primera vista éste parecía un buen indicador de eficiencia, teniendo en cuenta las dificultades que había para ingresar en este tipo de centros. Pero de nuevo se corrió la milla extra y se puso de relieve la sombra que se escondía detrás de esta cifra.

GRÁFICA 11. Solicitudes realizadas a lo largo de tres años en centro sanitario y solicitudes pendientes de ingreso



En el segundo plano de análisis aparecía el cómo se habían resuelto los 137 casos restantes. Aquí fue donde se vio de nuevo que el sistema socio-sanitario en aquella zona en cuestión no tenía la capacidad de respuesta que se esperaba. Sólo 31 personas lograron ingresar en el centro socio-sanitario, primera mala noticia. La segunda mala noticia era que el resto de personas, en total 106, fallecieron en el hospital esperando el ingreso. La situación inicial y que había sido la base de la puesta en marcha del Programa «*Vida als Anys*», se reproducía y como la población ya conocía el recurso, era todavía más difícil gestionar el alta hospitalaria. Pero ya en esa época, al menos se sabía la magnitud del problema y lo que se necesitaba para resolverlo.

Para todos los presentes en esta evaluación era fácil y tentador quedarse en el primer análisis que indicaba que de 158 solicitudes realizadas tan sólo quedaban pendientes 21. Pero ese dato, siendo cierto, era incompleto ya que 106 personas habían fallecido en el hospital esperando un servicio que nunca les llegó. Y mientras tanto estaban ocupando una plaza que impedía a otras ingresar en el hospital para recibir tratamiento a su dolencia aguda.

13.3.6. El Programa de Planificación del Alta en el Hospital Virxe da Xunqueira Cee - A Coruña

En 1998 se inauguraba el Hospital Virxe da Xunqueira en Cee (A Coruña) y desde ese momento el servicio de trabajo social, incluido en el Área Motivacional²⁵, aplicó el Programa de Planificación del Alta Hospitalaria. Como instrumento básico de recogida de información utilizó el mismo descrito anteriormente, sólo con algunas modificaciones que lo ampliaban y adecuaban a la zona.

En Galicia ya llevaba tiempo funcionando el Programa Socio-sanitario PASOS.

Anualmente, entre 1998 y 2003, se realizó un análisis de la evolución del sistema de información del Servicio de Trabajo Social.²⁶

Definición de la población estudiada: Personas hospitalizadas en el Hospital Virxe da Xunqueira entre septiembre de 1998 y diciembre de 2001, atendidas por el servicio de trabajo social del hospital, en total 2.312 personas.

Registro de la información: A fin de evitar el colapso de la trabajadora social con tareas administrativas, situación previsible dentro del programa de alta y que estaba en la memoria de la puesta en marcha de éste en el Hospital de Sant Andreu de Manresa diez años antes, el servicio dispuso desde el principio de un administrativo que se encargaba de la tarea de registro. Ello permitió registrar la información de las intervenciones sociales casi en tiempo real y si se

25 Área definida así considerando que en ella se desarrolla en gran parte investigación motivacional del hospital, incluyendo también la Unidad de Atención al Cliente con la atención de quejas y reclamaciones y el estudio anual de satisfacción de clientes.

26 Colom, D.; Andaluz, L.; Aneiros, J. R. (2003) «Validación y eficiencia en la aplicación del programa de planificación del alta en un hospital de agudos». Revista de Trabajo Social y Salud, número 44.

daba el caso de necesitar aportar algún dato concreto a la gerencia, la información estaba puntualmente disponible.

Con ello se satisfizo la necesidad de que la información estuviera al alcance de quién la precisara, pues tener la información y no poder acceder a ella supone una importante pérdida de recursos.

Cabe resaltar que desde el principio el servicio de trabajo social dispuso de apoyo administrativo, hecho que sin duda agilizó la actividad propia del trabajador social en sus funciones de intervención social y agente promotor de recursos, al liberarlo de trabajo puramente administrativo.

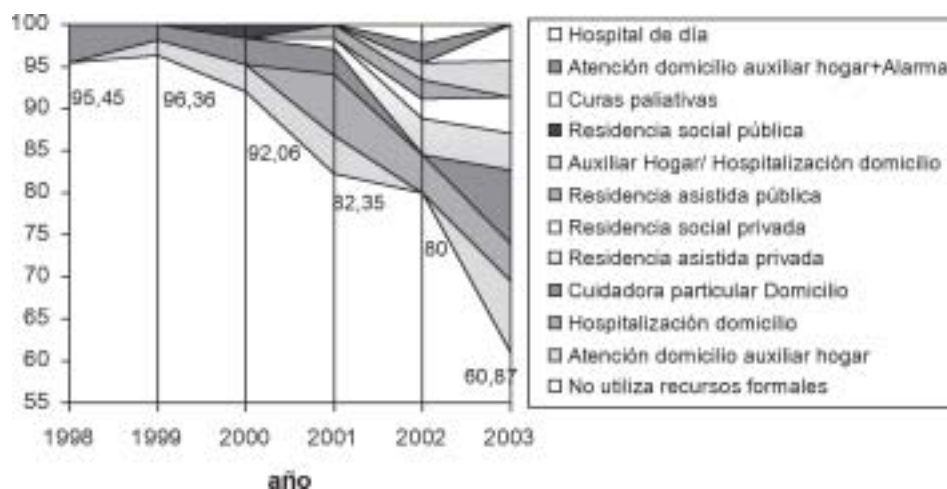
A continuación se presentan los resultados obtenidos entre 1998 y 2003 respecto a la evolución de la utilización de recursos post alta de la población que no podía salir de la cama y, por tanto, su dependencia de una tercera persona era total. Hay que resaltar que se trata de una zona de Galicia en la que la estructura familiar es muy fuerte. No obstante, como muestra la tabla y gráfica siguiente, año tras año se redujo el número de personas que dentro del mismo grado de dependencia sociosanitaria regresaba a su casa sólo con el apoyo de la familia. Así, mientras que en 1998 la población totalmente dependiente que no utilizaba recursos institucionales era del 95,45%, en 2003 este valor se había reducido hasta el 60,87%. En el año 2004 el cambio en la dirección del hospital supuso el cese de la evaluación anual de la información disponible en el servicio de trabajo social, la cual estaba externalizada.

Pero volviendo a la tabla, resulta igualmente significativo ver cómo a medida que avanzan los años van apareciendo nuevos programas de apoyo socio-sanitario para después del alta. Lo que viene a certificar que un hospital siempre es un yacimiento de desarrollo y creación de empleo interno y externo en su zona de influencia.

Si se toman los recursos y programas que se utilizaron y se dividen entre los de carácter privado y los de carácter público, la cifra global se mueve alrededor del 50% en cada caso. De nuevo se refuerza el argumento de que ante la falta de respuesta de los servicios públicos se genera una importante oferta privada. A diferencia de antes, ésta cada vez está más altamente profesionalizada.

TABLA Y GRÁFICA 1. Distribución longitudinal de la población que no puede salir de la cama según los recursos utilizados

UTILIZACIÓN RECURSOS	1998	1999	2000	2001	2002	2003
No utiliza recursos formales	95,45	96,36	92,06	82,35	80	60,87
Atención domicilio auxiliar hogar		1,82	3,17	4,41		8,7
Hospitalización domicilio				7,35	4,44	4,35
Cuidadora particular domicilio	4,55	1,82	3,17	2,94		8,7
Residencia asistida privada				1,47	4,44	4,35
Residencia social privada					2,22	4,35
Residencia asistida pública				1,47	2,22	
Auxiliar Hogar/ Hospitalización domicilio					2,22	4,35
Residencia social pública			1,59			
Curas paliativas						4,35
Atención domicilio auxiliar hogar + Alarma					2,22	
Hospital de día					2,22	
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00



13.4. UNA NUEVA REALIDAD

Año tras año, el paso por el hospital se reduce progresivamente en cuanto a tiempo de hospitalización se refiere y, a la vez, la respuesta de los servicios

y apoyos externos tarda más en darse de forma eficientes, eso es dentro de los márgenes de la estancia hospitalaria. Los problemas sociosanitarios de las personas ingresadas en un hospital de agudos se manifiestan en tres vertientes:

- La imposibilidad de asegurar la continuidad asistencial, en el ámbito que más conviene a la persona, tanto de la mano de los servicios sanitarios como de los servicios sociales, cuando ésta ya no necesita la atención hospitalaria pero sí otros tipos de apoyo profesional.
- La obligatoria utilización de servicios alternativos (en su mayoría privados) que si bien se han profesionalizado respecto de hace veinte años, no siempre cumplen con los requisitos necesarios para asegurar el tratamiento integral asignado desde el hospital.
- El regreso a casa con el único apoyo de la familia que puede atender mínimamente a la persona necesitada de apoyos profesionales, lo que facilita el reingreso por urgencias.

A estos tres puntos cabe añadirle un cuarto supuesto cada vez más frecuente en los hospitales: personas que presentan problemas sociosanitarios pero que, a falta de una demanda, reciben el alta sin que estos problemas se hayan identificado por ningún profesional del hospital. El Programa del Alta permite desde el principio identificar a estas personas independientemente de que haya o no demanda de ayuda.

Este último punto esconde un gran volumen de población que pasa desapercibida porque simplemente no opone resistencia al alta. Pero planificar el alta no es utilizar recursos sociales necesariamente, es optimizar el uso del hospital evitando a la persona riesgos secundarios innecesarios derivados de la propia hospitalización.

Las personas ingresan en un hospital por enfermedades que no pueden resolverse en otro ámbito de la atención sanitaria, siendo la enfermedad la que justifica su ingreso pero también son las posibilidades de la familia las que condicionan su alta y regreso a casa. Las personas enfermas ingresadas en un hospital de agudos, son personas, enfermas o sanas, que en un alto porcentaje viven en su casa y, por principio de reinserción, es a su casa donde deben regresar, a no ser que los equipos del hospital indiquen lo contrario, siempre después de haber realizado el correspondiente estudio sociosanitario. Cuando las personas ingresadas regresan a su domicilio es la familia o su entorno el que encarna la responsabilidad básica de la atención posterior a la hospitalización, pero analizando el «Todo» sociosanitario del enfermo, cabe prevenir el colapso familiar. La respuesta del hospital a las nuevas necesidades es objeto de debate desde la década de los ochenta, pero el tiempo de las propuestas y preguntas debe dejar paso a la acción y, en muchos casos, ésta sería la primera iniciativa o gran respuesta. Cabe estructurar el nuevo formato de hospital.

Hace años que se discute acerca de cómo dar respuestas, cómo plantear alternativas a la hospitalización de las personas que, aun sin necesitar estar en

el hospital, requieren atenciones profesionales que no puede dispensar la familia ni la atención primaria. Pero hoy ya hay numerosos programas socio-sanitarios que resuelven este problema.

La infatigable dinámica social concibe nuevas realidades socio-sanitarias que requieren modelos de establecimientos diferentes, flexibles, que funcionen como una parte más del engranaje de todo el sistema de salud y de los servicios sociales y no como células aisladas independientes.

13.5. REFLEXIÓN FINAL

La atención socio-sanitaria fue concebida como una columna vertebral del sistema en la que los servicios de carácter sanitario y social eran capaces de integrarse en beneficio de la persona y su núcleo de convivencia. La utopía de la eficiencia del sistema se convierte en realidad cuando se siguen pautas como las expuestas en los pocos ejemplos anteriores que, sin duda, son sólo una pequeña muestra de muchos más.

La atención socio-sanitaria, cuando traspasa los límites de la teoría, sigue siendo un discurso más narrativo que tangible pero no por falta de medios ni de conocimiento.

Lamentablemente cada vez más cobra vida la sospecha de que detrás de los grandes discursos y buenas intenciones, las acciones, las que producen el movimiento real de los servicios a través de los profesionales, son en gran medida pura elucubración. La imposibilidad de acceder al servicio necesario cuando surge el problema es un gran abono para incrementar el sufrimiento humano. Las palabras y los discursos pierden toda entidad cuando se quedan en proyectos a medio y largo plazo. Iluminan el futuro pero ennegrecen el presente. Mientras los profesionales, los directivos, los políticos no sean capaces de evitar el dolor humano que supone la falta de autonomía, la enfermedad, la pérdida de capacidades, no podemos felicitarnos.

Pero soluciones reales, prácticas y eficientes las hay. El reto no es la fórmula ni la técnica; como dijo el cocinero Ding de Zhuangzi lo importante está en conocer el funcionamiento de las cosas. Luego, actuar en consecuencia.

BIBLIOGRAFÍA

- Abramovice, B. (1988) *Long term care administration*. New York - London. The Haworth Press. Pág. 15-51.
- American Hospital Association & Social Work Directors Society. (1973).
- Barrios, L., García Rodríguez, J. N., Llergo, A., Pérez Torres, F. E. «La continuidad asistencial». Pág. 275. Material de Internet:
<http://www.conganat.org/SEIS/informes/2004/PDF/CAPITULO10.pdf>
- Billeter, J. F. (2003) Cuatro lecturas sobre Zhuangzi. Madrid. Editorial Siruela. Pág. 23.
- Cabot, R. (1920) Ensayos de medicina social. La función de la visitadora a domicilio. Calpe. Madrid.

- Colom, D. (1986) «Programa aplicado en el hospital de Sant Andreu para detectar las dificultades sociales que pueden retrasar el alta y/o impedir la posterior reinserción domiciliaria». Revista de Trabajo Social, RTS. Núm. 104 diciembre. Edita el Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de Cataluña.
- Colom, D., Andaluz, L., Aneiros, J. R. (2003) «Validación y eficiencia en la aplicación del programa de planificación del alta en un hospital de agudos» Revista de Trabajo Social y Salud, número 44.
- Colom, D., Portella, E. (1989) «Evaluación social y sanitaria de los ancianos que han ingresado en servicios hospitalarios de Manresa». Revista de Trabajo Social, R.T.S. Núm. 113, Barcelona, Edita el Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de Catalunya
- Drucker, P. F. (1993) La sociedad poscapitalista. Barcelona, Editorial Apóstrofe. Pág 90.
- GWU Medical Center. (1984) Vol. VI, Núm. 6, Marzo.
- Harvard Business Review. Gestión del conocimiento. (2003) Capítulo Nonaka, I.; «La empresa creadora de conocimiento». Barcelona. Ediciones Deusto. Pág. 23-24.
- Johansson, F. (2005) El efecto Medici. Barcelona. Ediciones Deusto. Pág. 10.
- Moulias, R. (1990) «Faut-il conserver les structures hospitalières de long séjour gériatrique?». Gérontologie et Societé - Cahier nº 54.
- OMS. Informe sobre la Salud en el Mundo 2002.
- Pérez de Ayala, E. (2003) «Hacia un planteamiento futuro del trabajo con familias: su importancia, su realidad». Revista Agathos. Año 3 - Núm 4.
- Sánchez, M. A. (2005) Los hospitales a través de la historia y el arte. Capítulo «Segunda mitad del siglo XX: el hospital escenario supremo de la biomedicina». Barcelona, Ars Médica. Pág. 61-62.
- www.msc.org - <http://www.msc.es/profesionales/servicios/atencionSociosanitaria>

14. LA COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA EN ATENCIÓN GERONTOGERIÁTRICA EN EL AYUNTAMIENTO DE MADRID

Pilar Serrano Garijo
M^a Cruz de Tena-Dávila Mata

Departamento de Programación, Evaluación y Desarrollo
Dirección General de Mayores
Área de Gobierno de Empleo y Servicios a la Ciudadanía
Ayuntamiento de Madrid

1. INTRODUCCIÓN

Los servicios sociales municipales son los de mayor cercanía al ciudadano y por tanto conocedores de primera mano de sus necesidades. Sus competencias son las que se centran en los servicios domiciliarios y los servicios en la comunidad, que siguen siendo en la actualidad los pilares básicos de la atención a los mayores y deben aunar esfuerzos con los residenciales y los sanitarios para conseguir una atención de calidad, máxime cuando nos estamos refiriendo a personas dependientes (1).

Programas / Servicios Municipales	
En Domicilio: <ul style="list-style-type: none">• SAD con auxiliar de hogar• Teleasistencia• Comidas a domicilio• Adaptaciones geriátricas• Camas articuladas• Lavandería...	En la Comunidad: <ul style="list-style-type: none">• Centros de mayores (centros sociales con actividades socioculturales y recreativas)• Centros de día (para atención socio-sanitaria de personas con cierto grado de dependencia, funcional o cognitiva)• Fisioterapia de mantenimiento• Podología... Residencias y apartamentos para mayores
Programas de convivencia, Salud Bucodental, Anciano en Riesgo, Cuidando a Cuidadores..... COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA	

Si nos centramos en el primer concepto «necesidad», son muchas las necesidades que podemos encontrar en el colectivo de mayores, puestas en evidencia por las múltiples encuestas tanto de salud como de otro tipo, económi-

cas, sociales, de utilización de recursos, y que podemos consultar en las distintas fuentes, entre las que cabe destacar el Observatorio de Mayores (2). Sin duda, la reciente encuesta municipal de salud realizada por Madrid Salud (3), será de gran ayuda en nuestro municipio.

La más llamativa de todas las necesidades es, sin duda, «la necesidad de ayuda», algo que enlaza por completo con el término «dependencia», de diferente significado pero estrechamente ligado, sobre todo si la ayuda a la que hacemos referencia es la de otra persona.

Pues bien, si partimos de la base de que los recursos han de adaptarse a las necesidades (y no al contrario aunque a veces tengamos esa impresión), el punto inicial de cualquier intervención ha de ser la valoración exhaustiva de las mismas, para diseñar a continuación un plan de intervención, pero para que se produzca la necesaria adaptación, hay otro principio fundamental que debe ser tenido en cuenta: la coordinación entre los diferentes agentes implicados, con especial referencia a los servicios sociales y sanitarios.

Estos dos conceptos van a ser el eje de todo este capítulo, y los desarrollaremos a continuación:

14.2. COORDINACIÓN

14.2.1. Generalidades

Es difícil definir el término «sociosanitario» a pesar de que está en boca de todo el mundo y se ha convertido posiblemente en la palabra con mayor incremento de uso de los últimos tiempos. Puede que haga referencia a dos de los componentes de todo ser vivo, gregario, social, como el ser humano holístico, inmerso por la naturaleza del medio en donde vive en un continuo proceso salud-enfermedad. O que aluda a los aspectos sanitarios de la sociedad como ente global, sin prestar excesiva atención al individuo. Aunque realmente el término comienza a tener auge cuando se piensa en las cargas que los enfermos, sobre todo aquellos con dependencia como consecuencia de enfermedades crónicas, suponen para la familia y la sociedad en su conjunto.

Por todo ello, siempre que se habla de entorno sociosanitario cabe preguntarse ¿de qué estamos hablando? Para muchos se trata simplemente de una red que permite un abordaje más correcto de los problemas, incluso una filosofía o una metodología de trabajo, llegando incluso a identificarse con una cultura. Todos estos términos pueden encajar en la definición aunque posiblemente la identificación como cultura requiera muchos años de ejercicio.

En unas Jornadas ya lejanas, que sirvieron para iniciar el diseño de un proyecto de Atención Sociosanitaria para la Comunidad de Madrid que nunca llegó a ponerse en marcha, se definió a la misma como el *«conjunto de prestaciones y servicios que garantizan la atención sanitaria y social a las personas que se encuentran en una situación de dependencia e incapacidad para el desarrollo de una vida autónoma como consecuencia o asociada a la existencia de una enfermedad crónica»*.

Esta definición aborda la dependencia como resultado de un problema crónico, cuyas consecuencias son la necesidad de una atención a largo plazo que

combine la coordinación de cuidados sanitarios y sociales. Sin embargo, la dependencia no es una consecuencia inevitable de la enfermedad crónica, aunque ésta la predisponga claramente. Por ello, un plan de atención sociosanitaria (entendida como sinónimo de cuidados continuados y prolongados a largo plazo de personas dependientes) debe por un lado establecer una red de recursos propios, pero por otra parte establecer los mecanismos de adaptación de los niveles de atención sanitaria necesarios para la prevención, detección y tratamiento precoz de personas en riesgo de desarrollar dependencia.

No tener en cuenta esta premisa conllevaría el riesgo de crear una red alternativa de cuidados que, pudiendo dar cobertura al problema más acuciante a corto plazo (atender las necesidades de las personas dependientes), no resolvería el problema a largo plazo (evitar que las personas desarrollaran dependencia) (4).

En este sentido, cabe señalar que es importante que la *Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia* (5) incluya en su artículo 15 «*Los servicios de prevención de las situaciones de dependencia*» dentro del catálogo de servicios, desarrollándolo en el 21, en el que especifica que «*Tiene por finalidad prevenir la aparición o el agravamiento de enfermedades o discapacidades y de sus secuelas, mediante el desarrollo coordinado entre los servicios sociales y de salud, de actuaciones de promoción de condiciones de vida saludables, programas específicos de carácter preventivo y de rehabilitación dirigidos a las personas mayores y personas con discapacidad, y a quienes se ven afectados por procesos de hospitalización complejos. Con este fin, el Consejo Territorial del Sistema Nacional de Dependencia elaborará un Plan de Prevención de las Situaciones de Dependencia, con especial consideración de los riesgos y actuaciones para las personas mayores, previo informe del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud*». Y es notorio que la coordinación se señale expresamente en el artículo 10: «*en el marco del Sistema Nacional de Dependencia corresponde a las Comunidades Autónomas... establecer los procedimientos de coordinación sociosanitaria, creando, en su caso, los órganos de coordinación que procedan*».

En España no existe un modelo único de coordinación sociosanitaria (6,7). Las iniciativas se remontan a 1991 a través de la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud (Comisión Abril). En 1993 se firma un acuerdo entre los Ministerios de Asuntos Sociales y de Sanidad para promover programas de actuación coordinada. Es en 1998 cuando se intenta impulsar un modelo de atención sociosanitaria entre la Subsecretaría de Sanidad y Consumo y la Secretaría General de Asuntos Sociales a través del IMSERSO.

14.2.2. Coordinación sociosanitaria en el Ayuntamiento de Madrid

Con el objetivo claro de proporcionar a los mayores del municipio de Madrid un modelo realista de coordinación que afronte las necesidades de atención social y sanitaria de las personas mayores dependientes, el 20 de agosto de 2004 se firma un protocolo de colaboración entre el Área de Gobierno de Empleo y Servicios a la Ciudadanía del Ayuntamiento de Madrid y el Instituto Ma-

drileño de la Salud (actualmente Servicio Madrileño de Salud) para la atención a personas mayores en situación de especial fragilidad (1).

El objeto del acuerdo es establecer un sistema de coordinación entre los Servicios Sociales Municipales, a través de los distritos (proximidad), y los Sanitarios, a través de los Centros adscritos al Servicio Madrileño de Salud, Centros de Atención Primaria y Hospitales, para garantizar una mejor atención social y sanitaria a las personas mayores del municipio de Madrid y que pertenezcan a la parte correspondiente al municipio de las Áreas Sanitarias: 1, 2, 4, 5, 6, 7 y 11.

En Noviembre de 2004 se instaura una mesa de trabajo compuesta por técnicos de las dos administraciones, que crean un documento como Adenda I al citado protocolo que desarrolla la manera de trabajar conjuntamente por y con la población que así mismo se describe.

En este documento se define como población diana:

- Mayores de 75 años, con problemas sociales y sanitarios por dependencia de cuidados, que requieren una atención conjunta y responden al perfil de Alto Riesgo Sociosanitario.

Este riesgo sociosanitario, en su máximo exponente, se caracteriza por:

- Personas mayores de 75 años que padecen patología crónica invalidante de la que se derive dependencia funcional con carácter transitorio o permanente (demencia, ACVA, Parkinson, inmovilidad por otras causas, patología mental).

A esta caracterización se le añaden, en este convenio-proyecto, aquellas situaciones que tras patología aguda requieren convalecencia y en las que concurran además algunas de las siguientes circunstancias:

- Vivir solo o con otras personas de edad y/o circunstancias de salud similar.
- Circunstancias familiares que impiden que se garanticen por parte de la familia los cuidados que la persona necesita: problemas graves de salud de otros miembros de la familia, desestructuración familiar, malos tratos o sospecha de éstos.
- Desimplicación (abandono) familiar.
- Existencia de familia con importante riesgo de claudicación familiar.
- Déficit graves en las condiciones de la vivienda o ausencia de ésta.
- Rechazo de servicios y recursos sociosanitarios de apoyo.
- Ingresos hospitalarios frecuentes o visitas repetidas a los servicios de urgencia.

Queda claro que el aspecto más relevante y novedoso de esta coordinación parte de conocer e identificar a los profesionales tanto del sector sanitario

como del sector social, facilitando así la coordinación interprofesional ágil y fluida, constituyéndose un trabajo en equipo «funcional», con los mismos objetivos, empleando la misma herramienta de valoración e identificación del usuario mayor con perfil de necesidad, estableciendo un sistema de apoyos y recursos integrales aportados por ambos sistemas.

Para ello se acuerda llevar a cabo las siguientes actividades:

- Conocimiento de la cartera de servicios de ambos sistemas, así como los criterios de utilización de los mismos.
- Conocimiento de la zonificación de cada una de las administraciones. Servicios Municipales: Distrito y Zona. Servicios de Salud: Gerencias-Equipos de Atención Primaria y Hospitales de referencia.
- Establecimiento de instrumentos estandarizados de valoración y de documentos de notificación, seguimiento, evaluación..., y otros documentos técnicos.
- Puesta en marcha de circuitos de derivación y procesos entre los diferentes niveles asistenciales con la consiguiente identificación de responsables y procedimientos.
- Establecimiento de vías de comunicación fluidas entre Equipo de Atención Primaria, Atención Hospitalaria y Servicios Sociales.
- Definición de sistemas de monitorización y evaluación.
- Determinación de los responsables de los distintos subprocesos.

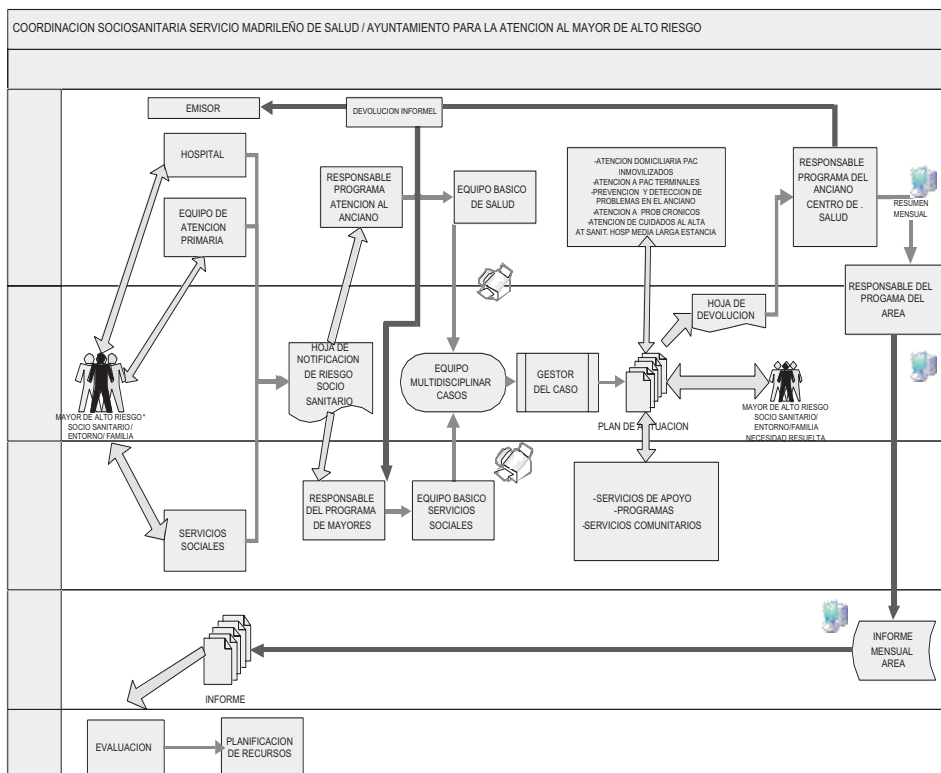
Se designa a la jefatura de Departamento de Servicios a la Ciudadanía como responsable en el distrito (21 distritos de Madrid) y el responsable de cada Gerencia de Atención Primaria es el responsable de Área. (Áreas sanitarias en el ámbito urbano del municipio de Madrid: 1, 2, 4, 5, 6, 7, 11).

En la metodología de trabajo se acuerdan acciones sociales y sanitarias simultáneas, encaminadas a ofrecer una respuesta integral y coordinada en función de las necesidades de atención específicas de aquellas personas mayores en situación de especial fragilidad del municipio de Madrid.

Las actividades de coordinación son nódulo básico de la metodología de intervención para intentar mejorar la comunicación entre los sistemas sociales y sanitarios con vistas a la intervención conjunta y con el fin de optimizar los recursos de ambos sistemas.

Realmente ese es el quid de la cuestión, se trata de garantizar la comunicación, dando por sentado que las actividades individuales son correctas.

El esquema del flujo de información es el que se muestra en el diagrama siguiente:



Se ha creado una Unidad Técnica Centralizada dependiente de la Dirección General del Servicio Madrileño de Salud que procesará la información que se genere referente a dicho Programa y la remitirá a la Comisión de Seguimiento y Evaluación Interinstitucional. Siendo ésta el órgano que facilite la coordinación entre ambas instituciones y organice las medidas generales de implantación y evaluación del Programa.

Como cabe suponer, la dependencia es medida con instrumentos objetivos y, en el protocolo, se han incluido Barber, Barthel y Pfeifer.

La población diana son los mayores de 75 años que viven solos los que se hace una estimación de un 16% de dependientes (13.500 aproximadamente).

En el municipio de Madrid, en el año 2004, había 593.297 personas con más de 65 años. De ellos, 275.590 mayores de 75 años, y 150.949 de 80 y más años. La situación de dependencia afecta del 16 al 20% de esta población más mayor.

En un enfoque más práctico, hemos analizado otras fuentes de datos para hacer el cálculo de la población a atender.

Si analizamos las fuentes de derivación, podremos aproximarnos a las personas que pueden beneficiarse en cada uno de los sectores.

Distritos	Área	Hospital de Referencia	>75 años	>75 solos	16% Dep.
Centro	7	Hosp. Clínico	14.748	5.819	931
Arganzuela	11	Hosp. Doce Octubre	12.982	4.324	692
Retiro	1	Hosp. G. Marañón	12.742	3.895	623
Salamanca	2	Hosp. La Princesa	18.232	5.801	928
Chamartín	2	Hosp. La Princesa	14.505	4.198	672
Tetuán	5	Hosp. La Paz	16.288	5.321	851
Chamberí	7	Hosp. Clínico	19.792	6.368	1.019
Fuencarral	5	Hosp. La Paz	14.494	3.585	574
Moncloa	6	Hosp. Puerta de Hierro	10.568	2.851	456
Latina	7	Hosp. Clínico	22.185	6.524	1.044
Carabanchel	11	Hosp. Doce Octubre	21.331	6.450	1.032
Usera	11	Hosp. Doce Octubre	11.406	3.409	545
Pte. Vallecas	1	Hosp. G. Marañón	19.551	6.200	992
Moratalaz	1	Hosp. G. Marañón	8.071	2.329	373
C. Lineal	4	Hosp. Ramón y Cajal	20.952	6.368	1.019
Hortaleza	4	Hosp. Ramón y Cajal	9.059	2.321	371
Villaverde	11	Hosp. Doce Octubre	9.102	2.740	438
V. Vallecas	1	Hosp. G. Marañón	3.230	953	152
Vicálvaro	1	Hosp. G. Marañón	2.599	696	111
San Blas	4	Hosp. Ramón y Cajal	11.946	3.463	554
Barajas	4	Hosp. Ramón y Cajal	1.807	467	75
Total			275.590	84.082	13.453

- Los servicios de salud detectarán a los posibles usuarios en los hospitales y atención primaria. Se estima que al menos una vez al año los mayores entran en contacto con los servicios de salud, motivo por el que cabría esperar que todos fuesen detectados. Algo bastante improbable en un servicio de coordinación recién implantado.
- Los servicios sociales lo harán por las atenciones prestadas en los centros de servicios sociales o en los programas existentes, pudiendo contemplar la coordinación sobre los casos nuevos o los ya existentes.
 - La fuente principal sin duda será el Servicio de Ayuda a Domicilio.
 - También podrán derivarse desde el programa de anciano en riesgo.
 - Cualquier otro programa o servicio debe ser tenido en cuenta.

Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD)

Si contemplamos la posibilidad de incluir en la coordinación a las personas que ya tienen el servicio debemos tener en cuenta que aproximadamente el 25% son candidatos, ya que:

- El 80% de los atendidos tienen más de 75 años
- El 60% vive solo
- El 50% es dependiente.

Con estos datos, si tomamos los 29.000 usuarios atendidos en 2004 como referencia, podemos suponer que alrededor de 7.000 deberían haber sido incluidos en el protocolo, la cuarta parte de ellos, y queremos pensar que la gran mayoría ya recibe un servicio por ambas entidades, con mayor o menor coordinación.

Esa cifra parece excesiva para iniciar la andadura, por lo que se sugirió tomar sólo las altas en el servicio. Estimando que se produjesen en número semejante a las del año mencionado (7.000) y calculando que un 25% de ellas serían susceptibles de ser atendidas en el marco de la coordinación, se consideraron unas 1.750 personas.

SAD intensivo

Por la naturaleza de este servicio, pensado para personas que viven con otros mayores y se encuentran en situación de dependencia moderada o superior, cabe esperar que la casi totalidad de los atendidos precise de la coordinación. Esto arroja una cifra aproximada de 200.

Programa del anciano en riesgo

Un pequeño grupo será susceptible de ser atendido en el seno de este protocolo, aproximadamente unas 60 personas anuales (frágiles sociosanitarios y quienes sufren hospitalización).

En suma, algo menos de 2.000 casos anuales deberían detectarse en los servicios sociales municipales.

Algunos datos de la puesta en marcha

Tras la firma del segundo documento, el 13 de septiembre de 2005, adicional al protocolo de colaboración entre el Área de Gobierno de Empleo y Servicios a la Ciudadanía del Ayuntamiento de Madrid y el Instituto Madrileño de la Salud de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, se planifican varias actividades cuyo objetivo general era la difusión del mismo a todos los profesionales implicados en la coordinación.

Para ello se acuerda una presentación única a utilizar en las reuniones, con varios objetivos específicos:

- Presentar el documento que para tal fin se había consensuado por ambas partes (Dirección General del Servicio Madrileño de Salud y Dirección General de Mayores del Área de Gobierno de Empleo y Servicios a la Ciudadanía), conjuntamente con los profesionales e instituciones involucradas.
- Suministrar toda aquella información necesaria para la ejecución.
- Fijar el mes de noviembre como mes de prueba para aquellas zonas capacitadas para llevarlo a cabo, ampliándose en diciembre a todas las demás.
- Recabar información de los distintos actores, sugerencias y posibles ajustes en su puesta en marcha.

En octubre se llevaron a cabo las reuniones conjuntas, con la presentación única a la que se convocaron a todos los responsables del circuito de coordinación, hospital, área sanitaria de atención primaria y distrito, presentándose el proyecto por parte de las dos administraciones. En las reuniones se comentaron algunas cuestiones de relevancia, como las dificultades para ver la aportación del proyecto a lo existente, la existencia previa de la coordinación entre los profesionales sociales y sanitarios, la posibilidad de un aumento de cargas de trabajo y burocracia. En el mes de noviembre se hizo un refuerzo de información por parte de la Dirección General de Mayores en los distritos que lo solicitaron.

Transcurrido un mes desde el inicio del pilotaje del protocolo, se empezó a recoger información no solo cualitativa, con las opiniones de los distintos agentes implicados, sino cuantitativa, siendo esta última bastante difícil de obtener por no estar perfectamente preparado el sistema de registro informático. Con las limitaciones expuestas, se hizo una estimación a partir de la información disponible en los distritos municipales, concluyendo que habían sido objeto de coordinación un centenar de casos (98), de los cuales la mitad habían sido detectados en los centros de salud, una cuarta parte en el hospital y el resto en los centros de servicios sociales. En los dos meses siguientes los casos se incrementaron algo más, habiéndose registrado 233 al final del primer trimestre de 2006.

El primer semestre de 2006 deberá servir para cumplir un objetivo básico: «Que la coordinación sociosanitaria sea una realidad en todos y cada uno de los distritos municipales». No se trata tanto de cuantificar los casos como de asegurar la puesta en marcha del proceso. Para ello es posible que se deba intensificar el seguimiento por ambas partes, incrementando la información a los trabajadores. Sólo cuando esto esté asegurado será posible hacer un análisis cuantitativo y posteriormente una evaluación de calidad.

14.3. VALORACIÓN MULTIDIMENSIONAL

Como comentamos al comienzo del capítulo, el punto inicial de cualquier intervención ha de ser la valoración exhaustiva de las necesidades, para diseñar a continuación un plan de intervención.

Ahora bien, si pensamos en términos de equidad, tanto la valoración como las intervenciones deben estar protocolizadas, a fin de garantizar que a igual necesidad se asignará igual recurso, independientemente de quién o dónde se haga la intervención.

De las herramientas necesarias para ello y de los protocolos que se han puesto en marcha en el Ayuntamiento de Madrid es de lo que vamos a tratar a continuación, en el seno de los programas y servicios que se llevan a cabo desde la Dirección General de Mayores, en su mayoría destinados a personas en situación de mayor o menor dependencia.

Para conseguir nuestros propósitos, la definición de estos servicios debe ser muy clara y, por supuesto, tener establecido el perfil de las personas a las que van destinados.

14.3.1. Herramientas de valoración

Los rudimentos de la valoración geriátrica integral (término usado en la medicina geriátrica y que da cuerpo a esa especialidad) constituyen el pilar básico. El ser capaz de integrar los distintos aspectos de una valoración social reglada con los funcionales o los mentales es fundamental para obtener esa visión global de necesidad que no siempre (por no decir casi nunca) se corresponde con la suma de los problemas encontrados en las distintas esferas, debido a la interacción de unos factores con otros. Así, un mismo problema físico se comporta de un modo totalmente diferente cuando hay un deterioro cognitivo o una situación social desfavorable, sin olvidar la importancia capital del entorno.

El otro punto capital es el uso de instrumentos de medida, de escalas que podemos denominar como de uso común en los mayores y que nos ayudan a conocer de manera objetiva una situación determinada y nos brindan la oportunidad de comunicarnos con otros profesionales de manera cómoda, además de permitirnos medir los cambios.

En los últimos años se ha ido incorporando esta información a los cursos destinados a los profesionales de servicios sociales y, de manera específica el pasado año se hicieron cursos monográficos sobre la utilización de escalas (básicamente Barthel y Lawton) en todos los distritos municipales, antes de la puesta en marcha de uno de los protocolos que describiremos después.

Evidentemente, el primer punto, mucho más conceptual, exige un abordaje más amplio y un aprendizaje gradual, difícil de conseguir con acciones puntuales y con instrucciones precisas.

En todas las actividades formativas previstas se incluye este apartado y es nuestro gran caballo de batalla actual.

Los instrumentos utilizados son muchos, unos de uso general y otros muy específicos (8-14); los más comunes son los siguientes:

- De riesgo general: Barber.
- Valoración social abreviada: Escala sociofamiliar de Gijón.
- Dependencia funcional: Barthel y Lawton.
- Función mental: Pfeifer, MEC, GDS (Global Deterioration Scale).

El hecho de unificar criterios y utilizar los mismos instrumentos en el protocolo de coordinación sociosanitaria es, sin duda, un elemento facilitador.

14.3.2. Perfiles y protocolos de actuación

La valoración de las características individuales, mediante las herramientas mencionadas, nos permiten proponer la asignación de un recurso determinado o bien determinar alguna particularidad en el mismo, como puede ser su intensidad. Tanto los centros de día como los servicios de ayuda a domicilio se rigen por estos principios.

Centros de Día

En el caso de los primeros, una batería de escalas (Barthel, Lawton, GDS) nos permite identificar los casos que se pueden beneficiar de un centro convencional o de uno para dementes, así como los límites a ambos recursos, de modo que sepamos qué población no se beneficia de ninguno de ellos y que pueden encajar mejor en otros (centros de mayores o residencia, por ejemplo), ya que la ineficacia de los mismos puede producirse tanto por exceso como por defecto de dependencia de los usuarios.

Servicios de ayuda a domicilio

Los servicios de ayuda a domicilio en sus distintas modalidades se han protocolizado.

- **Auxiliar de hogar:** el uso de Barthel y Lawton nos ha permitido establecer la intensidad horaria del servicio. También sus límites, de manera que el exceso de dependencia en determinadas situaciones sociales (soledad) contraindica el recurso. Todo ello en un intento de que a mayor nivel de dependencia le corresponda mayor atención, ya sea doméstica (Lawton) o personal (Barthel).
- **Teleasistencia:** de acceso fácil y casi sin requisitos, está destinada a quienes viven solos. La asignación de dispositivos especiales (detector de fuga de gas, sensor de movimiento, alarmas para detección de caídas, ayudas sensoriales, etc.) se ha protocolizado mediante el uso del Barber y otros indicadores de fragilidad.
- **Adaptaciones geriátricas y ayudas técnicas:** las escalas de dependencia nos sirven para indicar diferentes tipos de ayudas, incluidas las camas articuladas.
- **Comidas a domicilio:** la dependencia o dificultad para las actividades instrumentales (comprar – cocinar) y la soledad o los escasos apoyos nos indican que esa persona es un buen candidato al servicio.
- **Servicio de Ayuda a Domicilio Intensivo:** la dependencia en actividades básicas y la situación convivencial definen el perfil de la persona que se puede beneficiar del mismo.

Por coherencia con el resto del capítulo, ofrecemos a continuación algunos datos referentes a la población atendida por el Servicio de Ayuda a Domicilio con Auxiliar de Hogar, sin duda el que mayor implicación tiene para la Coordinación Sociosanitaria. Aunque otros aspectos de la atención a mayores de forma protocolizada ya han sido objeto de análisis, es el caso de los centros de día (1,15) o las comidas a domicilio (1,16).

14.3.3. Servicios de ayuda a domicilio con auxiliar de hogar

Tienen como objetivo, según consta en la memoria de la DGM (1), prevenir situaciones de crisis personal y familiar y facilitar la autonomía personal en el medio habitual. Entre sus finalidades cabe destacar:

- Procurar un nivel de atenciones o cuidados personales, domésticos, sociales y técnicos suficientes para proporcionar a los usuarios la posibilidad de permanecer en su medio habitual de convivencia.
- Potenciar la autonomía personal y la integración social en el medio, estimulando la adquisición de competencias personales.
- Apoyar a la organización familiar evitando situaciones de crisis sin suplir, en ningún caso, la responsabilidad de aquélla.
- Evitar el deterioro de las condiciones de vida de las personas que, debido a diversas circunstancias, se encuentran limitadas en su autonomía personal.

Para ello, este servicio dispone de dos prestaciones básicas, que se realizan dentro del domicilio de la persona mayor: atención personal y atención doméstica.

Para hacernos una idea de la magnitud del servicio, cabe señalar que en 2005 se han atendido casi 36.000 usuarios diferentes, siendo las horas de atención próximas a los 5 millones.

En cuanto al perfil de los usuarios, somos conscientes de que se trata de una población frágil. En un estudio realizado hace unos años, mediante una valoración exhaustiva de la población atendida, definíamos a la población atendida por el SAD social como una población constituida por personas de alto riesgo social, ancianos frágiles o pacientes geriátricos, dependientes para las AVD básicas e instrumentales y con una percepción muy negativa de salud (17).

Este es uno de los servicios para mayores más desarrollados en la actualidad y que posiblemente más contribuye a la permanencia en su domicilio de las personas dependientes; parece razonable que así sea y también que quienes más necesidad tienen reciban este tipo de ayuda con mayor intensidad. Siendo este el propósito de la DGM, se realizó un documento orientativo para la asignación de horas a los usuarios, basado en la aplicación de escalas de dependencia y se hizo formación específica a los trabajadores sociales municipales en su uso.

Las escalas que fundamentalmente se van a utilizar para la asignación de estos servicios son Barthel (para los servicios de atención personal) y Lawton (que nos orienta en atención doméstica y otros servicios fuera del hogar).

A continuación se especifican las necesidades valoradas y los niveles de asignación correspondientes, sujetos siempre a criterio técnico profesional.

Atención personal y autonomía

ALIMENTACIÓN

- *Independiente (10): No precisa recurso.*
- *Ayuda (5)*
 - *Vive solo: Presencia de auxiliar de lunes a domingo en todas las horas de las comidas.*
 - *Vive con cuidador: Se comporta como si fuera independiente.*
- *Dependiente (0)*
 - *Vive solo: Esta situación se debe producir en casos muy excepcionales.*
 - *Vive con cuidador: Se comporta como independiente (Pero con supervisión si el cuidador es mayor o presenta algún deterioro).*

La persona mayor que requiera ayuda en la alimentación denota un grado de dependencia alto. El auxiliar de hogar debe de estar presente a la hora de suministrar la comida siempre que viva solo o a esas horas se encuentre solo. La intensidad será de:

- *lunes a domingo cuando viva solo y no tenga familiares,*
- *días laborables cuando viva con acompañado o tenga familiares.*

BAÑO

- *Independiente (10): No precisa recurso.*
- *Dependiente (0):*
 - *Vive solo: Si sólo es dependiente para el baño se prestará el servicio 1 ó 2 veces por semana, según la necesidad. Si es incontinente (Barthel incontinencia), baño diario.*
 - *Vive con cuidador: Valorar si sólo es supervisión o ayuda al cuidado, 1 hora uno o dos días semanales y complementar con adaptaciones geriátricas.*

En el caso de sólo necesitar supervisión este servicio será de media hora.

VESTIDO Y ASEO PERSONAL

Estas dos variables en la escala de Barthel se encuentran diferenciadas pero para la asignación del servicio son complementarias e incluso unidas a la movilización de traslado sillón/ cama.

- *Independiente (Vestido 10, aseo 5): No precisa recurso.*
- *Ayuda vestido (5):*
 - *Vive solo: 1 hora mañana y media hora noche.*
 - *Vive con cuidador: No precisa recurso (valorar situación del cuidador).*
- *Dependiente vestido y aseo (0):*

- *Vive solo: Esta situación se debe producir en casos muy excepcionales.*
- *Vive con cuidador: Apoyo al cuidador, dependiendo de su situación. Puede ser 1 hora mañana y/o media hora noche.*

Si es dependiente, y vive solo, habrá que realizarlo todos los días cuando carezca de familia. Si vive acompañado se apoyará a la familia en el desarrollo de las actividades. Si el familiar es válido este servicio no se prestará en festivos.

TRASLADO CAMA SILLÓN/ USO DEL RETRETE

Todo ello se considera transferencias. Estas dos variables en la escala de Barthel se encuentran diferenciadas, pero para la asignación del servicio son complementarias

- *Independiente (10): No precisa recurso.*
- *Ayuda en retrete (5) y mínima ayuda en traslados (10):*
 - *Vive solo: Esta situación se debe producir en casos muy excepcionales.*
 - *Vive con cuidador: Necesitará ayuda en levantarse y/o acostarse 1 hora mañana y media hora noche (Valorar siempre la capacidad del cuidador).*
- *Gran ayuda en traslados (5) y ayuda en retrete (5):*
 - *Vive solo: Esta situación se debe producir en casos muy excepcionales.*
 - *Vive con cuidador: Necesitará ayuda en levantarse y/o acostarse 1 hora mañana y media hora noche (Valorar siempre capacidad del cuidador, porque puede necesitar la presencia de dos personas).*
- *Dependiente en traslados (0) y retrete (0):*
 - *Vive solo: Esta situación se debe producir en casos muy excepcionales.*
 - *Vive con cuidador: Igual que el de gran ayuda.*

Son personas muy dependientes. Si viven solos, no son de ayuda a domicilio. Si viven acompañados apoyo en Atención Personal (deambulación, aseo, vestido).

DEAMBULACIÓN

- *Independiente (15): No precisa recurso.*
- *Independiente silla de ruedas (5):*
 - *Vive solo: Supervisión.*
 - *Vive con cuidador: No precisa recurso.*
- *Ayuda (10):*
 - *Vive solo: Supervisión (otros recursos: teleasistencia).*
- *Dependiente (0):*
 - *Vive solo: Esta situación se debe producir en casos muy excepcionales.*
 - *Vive con cuidador: Apoyar todas las demás AVD con una o dos ho-*

ras diarias.

Si presenta problemas en deambulación es una persona muy dependiente. Si vive solo: no es usuario del servicio de ayuda a domicilio. Si vive acompañado: se proporcionará ayuda a la familia en lo relacionado con traslados cama /sillón, aseo y vestido. La ayuda mínima será de 1 hora por la mañana. El acostar, dependiendo de la dependencia tanto física como psíquica, puede reducirse hasta media hora.

DEPOSICIÓN / MICCIÓN

- *Independiente (10): No precisa recurso.*
 - *Incontinencia ocasional (5):*
 - *Vive solo: Si es independiente en movilidad no precisa recurso. Si es dependiente en movilidad o baño, reforzar días de baño.*
 - *Vive con cuidador: Apoyar al cuidador reforzando los días del baño.*
 - *Incontinencia total (0):*
 - *Vive solo: Sin problemas de movilidad, reforzar baño e higiene. Con problemas de movilidad leve e incontinencia urinaria, cambios de pañal 3/5 veces al día. Si es fecal igual que urinaria, más enseñanza de hábito intestinal.*
 - *Vive con cuidador: Apoyar al cuidador (dependiendo del estado del cuidador reforzar el baño).*
- Si es dependiente intensificar baño. Si deambula no precisa control.*

ESCALONES

La dependencia en lo relacionado con esta variable no afecta a la atención personal pero indica actuaciones referentes a la atención doméstica y otras prestaciones que orientará la escala Lawton.

- *Independiente (10): No precisa recurso.*
- *Ayuda (5):*
 - *Vive solo: Se potenciará el acompañamiento con fines sociales y terapéuticos (salidas, paseos, etc).*
 - *Vive con cuidador: No precisa prestación, excepto en los casos en los que el cuidador precise ayuda.*
- *Dependiente (0):*
 - *Vive solo: Potenciar las prestaciones del Lawton.*
 - *Vive con cuidador: Apoyo al cuidador.*

Atención doméstica y otras prestaciones

CAPACIDAD PARA UTILIZAR EL TELÉFONO

No es un indicador para asignar prestaciones de ayuda a domicilio con auxiliar. Indica al técnico otras deficiencias que debe estudiar y tener en cuenta (alteraciones sensoriales, deterioro cognitivo, otras) para la asignación de otros servicios y / o ayudas técnicas.

- *Supuestos 1 y 2 (Utiliza el teléfono por iniciativa propia. Busca y marca nú-*

- meros / Es capaz de marcar números bien conocidos): No precisa apoyo.*
- *Supuestos 3 y 4 (Es capaz de contestar el teléfono, pero no de marcar / No usa el teléfono en absoluto):*
 - *Vive solo: Usuario de riesgo socio-sanitario (teleasistencia, riesgos domésticos, etc).*
 - *Con cuidador: No precisa apoyo.*

IR DE COMPRAS

- *Vive solo:*
 - *Supuestos 1 y 2 (Realiza todas las compras necesarias de manera independiente / Realiza independientemente pequeñas compras): No precisa apoyo.*
 - *Supuestos 3 y 4 (Necesita acompañamiento para realizar cualquier compra. / Es totalmente incapaz de ir de compras): Ayuda una o dos veces a la semana.*

Por ser dependiente total o por acompañamiento. La compra se limitará a 1 día a la semana. Si tiene familia deberá ocuparse ésta de la misma.

PREPARACIÓN DE COMIDA

- *Vive solo:*
 - *1º supuesto (Organiza, prepara y sirve comidas por sí solo adecuadamente.: No precisa recurso.*
 - *2º supuesto (Es capaz de preparar adecuadamente las comidas, si le proporcionan ingredientes): reforzar el ítem ir de compras.*
 - *3º supuesto (Calienta, sirve y prepara comidas, pero no mantiene una dieta adecuada): candidato a comida sobre ruedas, hacer comida tres días a la semana o supervisión a la hora de realizar la comida.*
 - *4º supuesto (Necesita que le preparen y sirvan la comida). Se comporta igual que el Barthel de ayuda en alimentación.*

Esta prestación puede darse con tres fines: Como ayuda y supervisión, como instrucción pedagógica o por ser dependiente total. Se establece un máximo de 2 días en semana para la elaboración de las mismas.

LAVADO DE ROPA

Está relacionado con cuidar la casa (limpieza del hogar) y se efectuará un día que haya que realizar limpieza en el hogar. Se realizará 1 día a la semana. El día que se lave se procurará realizar otra actividad como la limpieza para asignar ese día 2 horas. El lavado de ropa se efectuará siempre en lavadora. En el supuesto de ser incontinente y precisar de este servicio de forma continuada se propondrá servicio de lavandería domiciliaria. En el supuesto de no tener lavadora se orientará a adquirirla por ayuda. Si es imposible la instalación y requiere muchos servicios de lavandería deberá orientarse exclusivamente a lavandería domi-

ciliaria.

CUIDADO DE LA CASA (LIMPIEZA DEL HOGAR)

- Si es capaz de cuidar la casa por sí solo o con ayuda ocasional =No ayuda a domicilio o supervisión cada 15 días.
- Si realiza tareas domésticas ligeras, como fregar platos o hacer camas, el servicio puede ser quincenal como preventivo de supervisión 2 horas o bien una hora a la semana.
- Si realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza se proporcionará servicio 2 horas / semana.
- Si necesita ayuda en todas las labores de la casa o no participa en ninguna de las labores de la casa a la semana 4 horas a la semana.

Esquema

Dependencia	Horas
<i>Independiente</i>	<i>No requiere</i>
<i>Independiente requiere supervisión</i>	<i>1 hora semana mejor servicio quincenal 2 horas</i>
<i>Dependencia leve</i>	<i>2 horas por semana</i>
<i>Dependencia moderada y severa</i>	<i>4 horas por semana</i>

USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE

Sólo se tendrá en cuenta esta variable cuando el mayor carezca de familiares.

- Si es capaz de viajar solo en transporte público o de tomar un taxi, no es de servicio de ayuda a domicilio.
- Si puede viajar en transporte público o en taxi, pero acompañado de otra persona, sólo se utilizará para realizar gestiones médicas u otras gestiones y sólo cuando no tenga familia o no exista voluntariado.
- Si no puede viajar, esta prestación no se puede realizar con el mayor y si no tiene familia o voluntariado sólo se utilizará de forma puntual para lo establecido anteriormente.

RESPONSABILIDAD RESPECTO A LA MEDICACIÓN

Adquiere importancia cuando el usuario viva solo. Dependiendo del déficit (cognitivo o sensorial) se realizará supervisión en caso de estar solo y sin familia bien por teleasistencia o a través del auxiliar. La única labor que se puede realizar desde este servicio es la de supervisar, recordar la medicación que ha de tomar e incluso ayudar al mayor a preparar la medicina que tiene que tomar en pastilleros, etc. siempre que no tenga familia. El auxiliar no es responsable si toma la medicación o

no.

MANEJO DE ASUNTOS ECONÓMICOS

No es una prestación a efectuar por parte del auxiliar a excepción del acompañamiento. Si no puede o no sabe manejar los asuntos financieros será responsabilidad:

- De su familia.
- Si no tiene familia, comunicación a fiscalía.
- Si tiene familia y se detecta abuso, comunicación a fiscalía.

OTRAS VARIABLES A TENER EN CUENTA

Se deberá estudiar la fragilidad del mayor con su estado de salud (posibilidad de dar comunicación al médico de familia de su incorporación al servicio u otros). Prestaciones potenciadas: Alimentación, paseos con fines terapéuticos y de ocio, acompañamiento ante la soledad, riesgos de la vivienda ante usuarios con olvidos o déficit sensorial.

Se deberá estudiar la situación de la vivienda, importante ante usuarios con dependencia según Barthel en movilidad y transferencias. Prestaciones potenciadas: Adaptaciones en suelos, puertas, aseos... Instalaciones para disminuir riesgos sobre todo en servicios de agua, gas.

Se deberá estudiar el apoyo social que dispone.

Se deberán tener en cuenta otras situaciones o estados de necesidad «ocultos». Por ejemplo: posible maltrato; abandono; deterioro mental inicial, etc.

Todo este marco teórico está resultando de difícil implantación, algo que ya podíamos suponer cuando dictamos los criterios; no obstante, en 2005, más de la mitad de los usuarios habían sido valorados con ambas escalas.

Un estudio realizado hace aproximadamente un año (18) tuvo como objetivo conocer la relación existente entre la dependencia de los usuarios del SAD y las horas asignadas al servicio, tras aplicar las medidas descritas. Se recogieron los datos de tres distritos de Madrid. Del total de usuarios del servicio, se estudiaron aquellos a los que se había realizado la valoración con las escalas de Barthel y Lawton (854), la intensidad horaria se midió en horas / mes y se hizo una correlación bivariada. Dado que tanto en el Barthel como en el Lawton, a menor puntuación mayor dependencia, una puntuación baja en las escalas debería corresponderse con una intensidad horaria mayor, es decir, debería haber una correlación negativa. Los tres distritos mostraron resultados semejantes, los recogidos en la tabla, con una significación estadística a nivel 0,01 para todas las

Distrito/ Escala	1	2	3
Barthel	- 0'379	- 0'498	- 0'435
Lawton	- 0'484	- 0'426	- 0'451

correlaciones.

Todas ellas son cercanas a $-0,4$, lo que indica, según las especificaciones propias de la prueba, una tendencia a la correlación, aunque escasa correlación real, ninguno de los valores de r superó el $-0,5$ y quedo muy lejos del -1 ideal. La intensidad horaria es mayor en quienes presentan un grado de dependencia más elevado; no obstante, a pesar de que la correlación existente es significativa desde el punto de vista estadístico, es escasa, lo que nos hace considerar la necesidad de mejorar en la aplicación de los criterios. Posiblemente es precisa una mayor intensidad formadora para conseguir el propósito.

Dada la simplicidad de la aplicación de este método estadístico, la monitorización de este coeficiente puede ser de gran utilidad para conocer, a título orientativo, la adecuación de los usuarios a la intensidad del SAD.

14.4. COMENTARIOS FINALES

Para concluir, podemos indicar que una población cada vez más envejecida necesita disponer de medidas alternativas para cada situación del proceso salud-enfermedad y/o vigor-fragilidad-dependencia, entre las que cabe destacar la atención domiciliaria. Pero si queremos una atención de calidad, tendremos que pensar en optimizar los recursos existentes adecuándolos a las ratios recomendadas y esforzarnos en conseguir una auténtica coordinación.

Esta experiencia adquirida en el uso de las herramientas de trabajo y de medida, puede ser de gran utilidad en un futuro inmediato, al igual que la referente a la coordinación.

Como recomendación final nos atrevemos a afirmar algo que ya decíamos en el trabajo publicado en 2004 (17), que los usuarios del SAD son tan frágiles, que el solo hecho de ser atendidos por el mismo debería alertar a los servicios de salud para incluirlos en sus protocolos.

La coordinación, preocupación de la Dirección General de Mayores desde hace tiempo, como consecuencia de la firma del protocolo de colaboración entre el Ayuntamiento y la Comunidad de Madrid es un hecho en la actualidad, o al menos la existencia de unas vías de derivación consensuadas y de un perfil definido así lo hacen predecir.

Aunque los datos aportados sean escasos por su corta edad, estamos seguros de que el «Protocolo de colaboración para la atención a personas mayores en situación de especial fragilidad», pronto ha de dar sus frutos.

Finalmente, hay que señalar que, con todas las medidas expuestas, cabe esperar que la atención a los mayores dependientes de nuestra ciudad, en la medida en que se vayan obteniendo las cotas previstas de cobertura, sea cada vez más suficiente, equitativa y coordinada: Eficaz.

REFERENCIAS

1. Dirección General de Mayores: Memoria de actividad de 2005.
<http://www.munimadrid.es/Principal/ayuntamiento/ServMuni/servsociales/estadis>

- [ticas/memoria2005/mayores.pdf](#)
2. Portal de Mayores. <http://www.imsersomayores.csic.es/>
 3. Encuesta de la salud de la ciudad de Madrid 2005. <http://www.munimadrid.es/Principal/ayuntamiento/ServMuni/salud/Present-Encuesta-Salud2005.pdf>
 4. Serrano Garijo P: Los espacios sociosanitarios en la Comunidad de Madrid. Cuadernos Gerontológicos. 99; 3,3: 58-65.
 5. Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. <http://www.boe.es/dias/2006/12/15/pdfs/A44142-44156.pdf>
 6. La atención sociosanitaria a las personas mayores en España. Informe de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. En: Defensor del Pueblo. Informes, estudios y recomendaciones. La atención sociosanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos. Madrid 2000. <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/defensor-atencion-01.pdf>
 7. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales: Libro Blanco sobre la «Atención a las Personas en Situación de Dependencia en España». <http://www.seg-social.es/imserso/dependencia/lbcap7.pdf>
 8. Barber JH., Wallis JB, McKeating E.: A postal screening questionnaire in preventive geriatric care. J.R. Coll Gen Pract. 1980; 30:49-51.
 9. Alarcón T, González-Montalvo JI. La escala socio-familiar de Gijón, instrumento útil en el Hospital General. Rev Esp Geriatr Gerontol. 1998; 33: 178-9.
 10. Mahoney FI, Barthel DW: Functional evaluation: the Barthel index. Md State Med. 1965; 14:61-5.
 11. Lawton MP, Brody EM: Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist. 1996; 9:179-86.
 12. Pfeiffer EA: A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficits in elderly patients. J Am Geriatr Soc. 1975; 22:433-41.
 13. Lobo A, Saz P, Marcos G, de la Cámara C, Ventura T, et al: Revalidación y normalización del Mini-Examen-Cognoscitivo (primera versión en castellano del Mini-Mental Status Examination) en la población general geriátrica. Med Clin 1999; 112: 767-74.
 14. Reisberg B, Ferris SH, de Leon MJ, Crook T: The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. Am J Psychiatry 1982; 139 (9): 1136-9
 15. Perfil de usuarios de los Centros de Día en Madrid. Valoración y ratios de atención. En Rodríguez Cabrero G: Los Centros de Día. Aproximación a la experiencia internacional y española. Fundación Pfizer. Madrid 2006.
 16. Serrano Garijo P: Ayer y hoy de las comidas sobre ruedas. En: Servicios de Ayuda a Domicilio: la dependencia en casa. Ayuntamiento de Madrid (en prensa).
 17. Serrano Garijo P, de Tena-Dávila Mata MC: Criterios de fragilidad en los usuarios del SAD social. Revista Española de Geriatria y Gerontología. 2004; 39, 1:9-18.
 18. Serrano Garijo P, de Tena-Dávila Mata MC, Giménez Díaz-Oyuelos P, Urquiza Berganzo R, Martín Tejedor F: Intensidad horaria del servicio de ayuda a domicilio y grado de dependencia. En: Servicios de Ayuda a Domicilio: la dependencia en casa. Ayuntamiento de Madrid (en prensa).

15. LA ATENCIÓN PRIMARIA SOCIO-SANITARIA EN SABADELL

Rosa Graells i Domingo

Directora del Departamento de Servicios Sociales
Ayuntamiento de Sabadell

El punto de partida de una atención primaria socio-sanitaria lo conforma la consideración como indivisibles, por un lado, de los aspectos sociales vinculados a la cronificación de las enfermedades y, de otro, el tratamiento que éstas requieren. Es decir, la constatación de que existen desigualdades en salud y su correlación con las condiciones sociales de las personas y las comunidades.

Esto justifica la apuesta por una atención integral, personalizada, permanente y dinámica a la persona y su entorno (familia y comunidad).

En este sentido, **la atención primaria socio-sanitaria** es la que mejor se ajusta a este contexto y concepto de intervención. Porque constituye el punto de acceso inmediato al sistema, el que se sitúa más próximo a la realidad de las personas y su entorno inmediato, como veremos. Y, también, porque permite articular eficazmente los recursos disponibles, tanto los de carácter público como los comunitarios, y porque facilita la coordinación con el resto de la red de servicios sociales y sanitarios de segundo y tercer nivel.

En último término, la atención primaria integrada resulta el espacio idóneo para avanzar en el ajuste eficaz y eficiente entre servicios, recursos y necesidades. Ésta ha sido, desde hace ya unos años, la apuesta de los servicios de atención primaria sociales y sanitarios de la ciudad de Sabadell.

15.1. FUNDAMENTOS TEÓRICOS

La apuesta que se hizo ya hace 20 años para la integración socio-sanitaria se fundamenta en tres pilares teóricos.

El primero es el que considera a la persona en su globalidad biológica, psicológica y social y, como consecuencia, la intervención sobre ella debe tener en cuenta necesariamente estas dimensiones.

En segundo lugar, la salud se entiende como un fenómeno a la vez biológico y psicológico, individual y social, y donde interviene la responsabilidad de la persona y de la comunidad, y no sólo la de los profesionales, en su mejora.

Y, por último, considera que la atención primaria es entendida como el punto de acceso al sistema socio-sanitario, el más próximo al usuario, a su realidad y a su ambiente familiar y social.

15.2. ANTECEDENTES

A principios de septiembre de 1984 se firma el primer documento de concierto entre el Instituto Catalán de Salud (ICS) y el Ayuntamiento de Sabadell –gracias a la iniciativa política y el prurito de algunos profesionales de salud y sociales–, mediante el cual se fijaron las Áreas Básicas de Salud (ABS) coincidiendo con los distritos municipales, y se daba luz verde a la integración de los servicios sociales de atención primaria en los Centros de Atención Primaria de salud (CAP). Paralelamente, se edita el documento *La atención primaria socio-sanitaria. El modelo de Sabadell*, donde se recogen los fundamentos teóricos y funcionales de referencia del modelo de intervención.

Así, la intervención socio-sanitaria inicia su recorrido como una apuesta que aspiraba a superar la situación de las estructuras sanitarias y de servicios sociales de aquel momento: vacías de contenido, creadas para cubrir necesidades básicas sin planificación, y dotadas de recursos y de infraestructuras muy deficitarias; y con una clara concepción benéfica y asistencial en el caso de los servicios sociales.

Hasta hoy, la integración se ha ido consolidando en todos los CAP de la ciudad, especialmente a partir de la reforma de la atención primaria de salud, cosa que facilitó la firma de un segundo acuerdo diez años después, en septiembre de 1994, entre el ICS, el Servicio Catalán de Salud (SCS) y el Ayuntamiento. Documento que ratifica la voluntad de continuar colaborando en el desarrollo de una atención primaria integrada, y que empieza a concretar el modelo en términos funcionales y de organización, superando una primera época de principios y declaraciones de intenciones.

15.3. LA ATENCIÓN INTEGRADA

La atención integrada socio-sanitaria considera a los profesionales sociales y de salud de un CAP un equipo de atención coordinado, por lo que a fijación de objetivos comunes de intervención, personales, familiares y comunitarios, se refiere. El equipo integrado facilita el trabajo conjunto y permite optimizar los circuitos y los recursos existentes.

Este equipo estará formado básicamente por médicos de familia, pediatras, el personal de enfermería, la trabajadora social, el educador social, la trabajadora familiar, y el apoyo administrativo y de admisiones.

El objetivo básico es el de atender las problemáticas sociales y de salud desde un **enfoque interdisciplinario**, mediante el establecimiento de una **única puerta de acceso** a los servicios, y la fijación de objetivos comunes de in-

tervención. Cada servicio aporta sus propios recursos. En este sentido, desde los Servicios Sociales de Atención Primaria (SSAP) aportamos los recursos sociales y económicos municipales.

Actualmente, Sabadell cuenta con 9 áreas básicas de salud, y 13 centros (CAP). En todos estos centros, tanto los gestionados por el ICS como el que gestiona la Corporación Sanitaria Parc Taulí (CSPT), están ubicados los equipos de SSAP municipales, que a su vez lo componen trabajadoras sociales, educadores sociales, trabajadoras familiares, con el apoyo administrativo correspondiente. En total existen 16 equipos con aproximadamente 50 profesionales. *Dentro de este equipo interdisciplinario, la trabajadora social desarrolla las funciones y tareas de la atención primaria que, a todos los efectos, le son propias, sin que se le exija ninguna otra específica que las que pueda realizar en otros ámbitos.*

15.4. ¿DE QUÉ HABLAMOS CUANDO HABLAMOS DE ATENCIÓN SOCIO-SANITARIA?

Hablamos, por una parte, del desarrollo de los servicios y prestaciones que cada Administración (sanitaria y social, Generalitat y Ayuntamiento, respectivamente) debe ofrecer por mandato, en su nivel primario.

Esto es, para los servicios sociales, la acogida, orientación y asesoramiento a personas y familias; la atención a domicilio; los centros de tarde para la infancia; los comedores y centros residenciales de estancia temporal; el transporte adaptado, y todas las actuaciones que promuevan el desarrollo personal y comunitario de un entorno (Ley de Servicios Sociales).

Pero también hablamos de atención integrada. A lo largo de su desarrollo, el acuerdo de atención conjunta en un territorio ha ido concretándose en una serie de aspectos que a continuación se relacionan brevemente:

Recepción única.

Se trata de la integración de los servicios administrativos y de admisiones en un único equipo, con el fin de ofrecer una *única puerta de entrada a los servicios*. La programación de las visitas para cualquier tipo de profesional se hace de manera unificada; o bien presencialmente desde el mostrador de admisiones, o bien telefónicamente mediante el denominado *call center*.

Diagnóstico de necesidades y establecimiento de objetivos comunes de atención socio-sanitaria.

El equipo comparte la detección de las necesidades sociales y sanitarias de su territorio de referencia y programa las acciones individuales, grupales o comunitarias a desarrollar.

Atención individual conjunta.

Los profesionales sociales y de salud intervienen conjuntamente con individuos y familias que presenten una necesidad de atención socio-sanitaria, bajo un plan de trabajo acordado previamente, donde quedan clara-

mente definidos los objetivos y tareas de cada profesional. El plan de trabajo establece qué recursos hace falta aplicar, o si es necesaria o no la derivación a otros servicios.

Intervención por proyectos e intervención comunitaria.

Intervención que va un paso más allá de la individual y que está orientada a avanzar en el ajuste eficaz entre servicios, recursos y necesidades, con la participación de los afectados y del entorno comunitario. De entre estas intervenciones destacan:

– Salud en casa

Con el objetivo de ofrecer una atención domiciliaria socio-sanitaria a todas las personas que la necesiten, se establecen criterios y circuitos, y se centralizan y racionalizan los recursos existentes.

La implicación de los servicios sociales en este programa es especialmente importante, dado que aportan todos los recursos municipales de atención domiciliaria social, que son de competencia exclusiva.

– Grupos de apoyo de cuidadores de enfermos de Alzheimer y otras demencias, y Grupos de Ayuda Mutua (GAM).

Se llevan a término en dos CAP de la ciudad, compartidos entre la trabajadora social y la enfermera. Se trata de programas orientados a tutelar la acción de cuidado que realizan las familias de personas con dependencia.

– Redes de voluntarios para mayores.

Se están impulsando en diferentes barrios de la ciudad y cuentan con la participación de la red vecinal para la detección e intervención de los profesionales socio-sanitarios.

– Diferentes proyectos comunitarios.

En diferentes centros se han realizado proyectos de actuación conjunta en el territorio, relacionados con las escuelas, la intervención sobre la población de inmigrantes, etc.

15.5. ORGANIZACIÓN, DIRECCIÓN Y GESTIÓN

Equipo de atención socio-sanitario (EAP)

Organizativamente, la integración se basa en considerar a los profesionales sociales y de salud de un CAP como un equipo funcional de atención coordinado (EAP); concretamente, en relación al establecimiento de objetivos comunes que faciliten el trabajo conjunto, con el fin de optimizar los circuitos y recursos existentes.

Funciones del equipo integrado

- Participar conjuntamente en el diagnóstico, en el conocimiento directo de la realidad y de las necesidades de la población del entorno más inmediato.

- Programar objetivos comunes de atención, ajustados a ese diagnóstico, y establecer los indicadores que permitan su evaluación.
- Ofrecer la atención asistencial y preventiva propia de su estamento (sanitario o social), pero de forma coordinada, mediante el tipo de atención más adecuado a la necesidad de la población atendida: individual, grupal, familiar o comunitaria.
- Procurar coordinar la formación profesional, de manera que se ajuste a los objetivos comunes.
- Velar por una recepción única, y por la recogida y tratamiento de datos estadísticos, con el fin de evaluar el uso racional de los recursos socio-sanitarios.

Organización

El equipo de atención integrado socio-sanitario *está formado por agentes de salud* (Generalitat) *y de servicios sociales* (Ayuntamiento) *que operan, bajo objetivos y criterios funcionales comunes, en un mismo centro (CAP)*. A pesar de que, administrativa y organizativamente, dependen de sus respectivas instituciones. Como excepción, cabe mencionar que parte de las trabajadoras sociales que operan en los CAP se hallan bajo un único mando –el de servicios sociales– aunque administrativamente, y a efectos de nómina, son personal de la Generalitat. Se trata de un caso único entre los CAP de Cataluña, puesto que en los municipios catalanes suelen ejercer a la vez, y por separado, las trabajadoras sociales de salud y de los servicios sociales municipales.

Funcionalmente, *la columna vertebral de la actividad integrada la forman los objetivos*, que hemos mencionado más arriba, y que se definirán en cada uno de los niveles de la organización de los agentes institucionales implicados. Estos acuerdos quedarán ratificados por escrito y sometidos a evaluación en los plazos que se decida.

		Direcciones SCS; ICS; CSPT y concejalías de Salud y Servicios Sociales	
		Objetivos estratégicos	
Nivel	Dirección ICS Sabadell	Objetivos anuales	Dirección de servicios sociales
Nivel	Coordinadores de áreas básicas de salud (ABS)	Objetivos EAP / CAP	Jefes de zona de servicios sociales
Nivel	Profesionales de salud (CAP)	Plan de trabajo EAP / CAP	Profesionales de servicios sociales

Los *coordinadores de ABS* y los *jefes de zona de SSAP* velarán por la necesaria coordinación que permita el establecimiento de objetivos, el diagnóstico

de la realidad y la buena organización del trabajo. Es decir, recaer en ellos la responsabilidad de:

- Definir los niveles de participación de los profesionales respectivos en los programas que se llevan a cabo en el centro.
- Coordinar aspectos funcionales: vacaciones, horarios, programación de visitas, distribución de espacios, etc.

Así mismo, velarán por la buena comunicación de estos aspectos al resto de los profesionales de salud y servicios sociales implicados en la atención integrada.

Se mantendrá una especial diligencia en la coordinación entre profesionales que garantice un buen seguimiento de casos.

Los profesionales de la atención integrada socio-sanitaria procurarán mantener el contacto adecuado con los demás agentes públicos y privados que realizan su actividad en la comunidad.

15.6. VALORACIÓN DEL MODELO

El modelo de intervención socio-sanitaria ha permitido desarrollar una atención integral para la población de Sabadell que es valorada positivamente por los vecinos, en la medida en que les facilita el acceso a los servicios y les proporciona una atención que tiene en cuenta diferentes aspectos de su problemática. Esto es posible gracias a que se conocen mejor las necesidades socio-sanitarias de la población, y a que se actúa con objetivos y estrategias de intervención comunes. Facilita, pues, el trabajo de los profesionales sociales y de salud y potencia la participación de los ciudadanos.

Se trata de un modelo que, *comparándolo con el que funciona de forma generalizada*, permite situarse estratégicamente con ventajas frente al, por ejemplo, envejecimiento o a la llegada de inmigrantes; así como intervenir mejor en problemas de familia e infancia. *Es decir, ante las problemáticas de salud (dependencia y cronificación en el caso de la población envejecida, y emergencia de problemas de salud mental en el caso de la población inmigrada, respectivamente) nos permite intervenir bajo un abordaje socio-sanitario, cosa que facilita desde el primer momento la coordinación de la intervención de los agentes sanitarios y sociales, por un lado; y de otra, la planificación conjunta de acciones, servicios y recursos.*

Por otro lado, de sus aspectos fuertes destacan las mejoras de organización y gestión que este modelo procura: evita la duplicidad de sistemas de atención social, facilita la aplicación y la racionalización de los recursos sociales y sanitarios, y la coordinación con el resto de la red de servicios sociales y sanitarios de segundo y tercer nivel.

Es necesario, sin embargo, avanzar en la mejora del trabajo interdisciplinario con profesionales dependientes de diferentes instituciones, que actúan a menudo con lógicas de funcionamiento distintas. Las inercias suelen ser un lastre importante.

Pero también es necesario avanzar en el establecimiento de un marco legal o jurídico que apueste claramente por este modelo, por esta actuación conjunta de los dos sistemas, el social y el sanitario, que lo legitime, lo haga extensivo y lo consolide.

16. MEDIDAS ORGÁNICAS Y FUNCIONALES PARA LA COORDINACIÓN ESTRUCTURAL DE LOS SERVICIOS SOCIALES Y OTRAS RAMAS (CON ESPECIAL REFERENCIA A LA SANITARIA)*

Fernando Fantova

Consultor social
www.fantova.net

16.1. INTRODUCCIÓN

Este texto nace, en primer lugar, de la preocupación, no sólo ni primeramente intelectual, por las personas de carne y hueso destinatarias de los servicios sanitarios, sociales u otros que pretenden coadyuvar a la mejora de nuestra calidad de vida y bienestar social. Dicha inquietud la compartimos incluso en sociedades en las que, como es el caso de la española, tienen algún grado de desarrollo los diversos sistemas de protección social de responsabilidad pública: no digamos en lugares donde tales sistemas no existen o apenas son reconocibles.

En todo caso, y sin necesidad de salir ahora de nuestro país, sabemos que muchas personas distan de recibir una respuesta idónea y segura por parte de ese entramado de servicios que podríamos denominar, genéricamente, de bienestar social. Y asumimos (y en parte intentaremos poner de manifiesto) que uno de los flancos más débiles, hoy por hoy, está en la rama de los servicios sociales y en las proximidades de las *fronteras* de esta rama con otras y, singularmente, con la sanitaria.

Por otro lado, en este momento, nos encontramos en España, y en otros países, ante un incremento del interés, el debate y las propuestas acerca de las denominadas *situaciones de dependencia* (entendida básicamente como necesidad de ayuda importante para las actividades de la vida diaria), particularmente de las personas de edad avanzada. Y ello hace que los servicios sociales y, en particular, esa frontera sociosanitaria de la que hablábamos sean objeto de atención y discusión en forma especial.

* Una versión anterior de este texto se publicó como artículo en la revista *Agathos*, año 6, núm. 1, marzo de 2006, pp. 12-21. Al hablar de la definición de servicios sociales adaptamos un fragmento del artículo titulado «Gestionar los servicios sociales: ¿una asignatura pendiente?» que hemos preparado para la revista *Educación Social*, todavía inédito.

Como se verá, el análisis del contexto y del despliegue de los servicios sociales y de las otras ramas del bienestar social (centrándonos, fundamentalmente, en el caso particular de la sanitaria) nos va a llevar a abogar por unas (y no por otras) determinadas maneras de concebir, articular y desarrollar la coordinación o integración entre ramas o sistemas: unas maneras, lo anunciamos, que esperamos contribuyan a la construcción (y no a la deconstrucción), hoy y aquí, de los servicios sociales en particular y del entramado de bienestar (o agregado de bienestar (Moreno, 2000), en inglés *welfare mix*) en general.

En una reunión antecedente del seminario que da origen a este informe tuvimos ocasión de presentar una breve intervención en la que ya aludíamos a la deconstrucción de los servicios sociales. En aquel caso nos referíamos al hecho de que en el Gobierno Vasco (y, posteriormente, en la Diputación Foral de Gipuzkoa) se había ubicado en un departamento la responsabilidad sobre servicios sociales y en otro diferente todo lo relacionado con la *inserción social*, cuyo contenido troncal está constituido, básicamente, por prestaciones y programas que no se canalizan sino a través de los servicios sociales. Aquella sesión, sin embargo, fue ocasión apropiada para que varias entre las personas asistentes aportaran información sobre otras iniciativas también destructoras.

En el momento actual, a nuestro juicio, la principal amenaza para el proceso de construcción de la rama y de los sistemas de servicios sociales en el plano del conocimiento o de los discursos podría venir de algunas de las concepciones y respuestas que se están planteando en torno a las situaciones de dependencia y a la cuestión sociosanitaria. Por ello queremos presentarlas, discutir las e intentar proponer como plausibles aquellas miradas e iniciativas que nos parezcan más pertinentes y eficientes para la consolidación de los servicios sociales, del conjunto del entramado de servicios de bienestar y, en definitiva, para una respuesta idónea y sostenible a las necesidades y demandas de esas personas de carne y hueso de las que comenzábamos hablando. No olvidaremos estar pendientes de la utilidad de las conclusiones que obtengamos en la interfaz sociosanitaria para las fronteras que la rama de los servicios sociales mantiene con otras, como la educativa, la de la garantía de rentas, la de la vivienda, el empleo, la justicia, el ocio...

Este texto, de autoría y responsabilidad individual, ha sido elaborado en diálogo con Demetrio Casado, en el marco del trabajo continuo del Seminario de Intervención y Políticas Sociales. Se ha beneficiado en particular de las aportaciones de Emma Sobremonte, Dolors Colom, Pilar Serrano y Rosa Graells. Se trata, en todo caso, de una aportación tentativa, realizada desde un marco, en buena medida, de teoría de la organización y abierta, sobre todo, al contraste con las valiosas y diversas experiencias prácticas realizadas hasta el momento o realizables en el futuro.

16.2. NECESIDADES SOCIALES Y RESPUESTAS DESDE LOS SISTEMAS O RAMAS DEL BIENESTAR

Como ha señalado Gregorio Rodríguez Cabrero, «las necesidades sociales son producidas históricamente, jerarquizadas socialmente, no reducibles a de-

seos o simples expectativas (...). En las sociedades industriales de consumo de masas se inscriben contradictoriamente en complejos espacios interrelacionados: el espacio simbólico del deseo multiplicado por el marketing empresarial, el espacio normativo de los servicios públicos de bienestar y el espacio convencional de la producción de necesidades en el seno de las familias y pequeños grupos» (Doyal y Gough, 1994: 12-13).

Si esto cabe decir de las necesidades sociales, no parece difícil afirmar que las respuestas que se articulan para darles satisfacción y, en particular, la estructuración de las ramas o subsistemas de la acción pro bienestar social también serán producidas históricamente y, por tanto, contingentes, discutibles y modificables. Ello cabe decir, por tanto, de la división, que podríamos considerar clásica en nuestro entorno cultural y político-social entre lo relacionado con la intervención en los ámbitos de la educación, la sanidad, la vivienda, el empleo, las pensiones y los servicios sociales.

Ahora bien, tampoco podemos olvidar que la construcción de ramas de servicios o de subsistemas dentro del sistema de bienestar social, como cualquier desarrollo institucional, es un proceso lento y costoso en la medida en que involucra el desarrollo de infraestructuras materiales, estructuras organizativas y administrativas, tecnologías y culturas que se convierten en soportes y mediaciones para las prestaciones que se entregan o las actividades que se realizan y, en definitiva, para los servicios que se ofrecen en dichas ramas o sistemas.

Y es que parece inevitable que en la organización social (y, especialmente en la estructuración de las administraciones públicas) se articulen ramas especializadas caracterizadas por ensamblajes peculiares de necesidades y respuestas o de fines y medios, de modo que las personas, según cual sea su situación o su demanda, puedan saber a dónde deben acudir. Lógicamente la realidad social siempre va a ser más compleja y no se va a dejar atrapar por la lógica organizativa de las ramas o los sistemas y de ahí que encontremos fenómenos y problemas que son más o menos adecuadamente abordados en función de la organización o estructuración que se dé en cada momento y lugar.

Pues bien, esos soportes o mediaciones de carácter estructural, esas medidas orgánicas y funcionales, constituyen nuestro objeto de atención en este momento y, singularmente, en lo relativo a dos de las ramas entre las seis evocadas: la de la asistencia sanitaria y la de los servicios sociales. Y a la hora de fijarnos en estas dos ramas de actividad, en un contexto como el español, miraremos principalmente a los subsistemas públicos de servicios sociales y sanitarios, por la importancia cuantitativa y cualitativa del sector público en ambas ramas en sociedades como la nuestra y, en particular, por su carácter referencial para lo relacionado con la coordinación entre diferentes ramas, redes o sistemas.

16.3. SERVICIOS SANITARIOS Y SERVICIOS SOCIALES

Pues bien, a la hora de aproximarnos a estos dos subsistemas e intentar, de partida, definirlos, hemos de hacerlo notando que, si bien ambos están esta-

blecidos como tales en nuestro entorno, los servicios sociales, hoy y aquí, son mucho menos conocidos que los sanitarios, están menos estructurados e institucionalizados, tienen menor envergadura e incluso que hay en torno a ellos mucha más confusión a la hora de conceptualizarlos.

Como botón de muestra recojamos la definición de servicios sociales que se da en un reciente estudio global sobre el sector que ha sido publicado en la Comunidad Autónoma del País Vasco. En él, tomando la definición usada por el organismo encargado en dicha Comunidad de la estadística de servicios sociales, se dice que éstos son «aquellas actividades desarrolladas por organismos, empresas e instituciones que tienen por vocación aportar un conjunto de servicios, prestaciones y programas al conjunto de la población, haciéndolo de forma prioritaria a aquellas personas y grupos sociales que por su edad, discapacidad, condiciones socio-económicas o situación de marginación, precisen de un apoyo específico que les garantice su derecho a un pleno y libre desarrollo» (Ikei, 2005: 11).

Recogemos esta definición porque, a nuestro juicio, puede ser considerada paradigmática de una forma de definir los servicios sociales muy extendida en los discursos explícitos y, lo que es más significativo, en los discursos que están implícitos en muchas prácticas y decisiones. Una forma, por cierto, que se convierte en un obstáculo conceptual (y después estructural) para la coordinación o integración entre los servicios sociales y otras ramas o sistemas, en la medida en que no permite identificar el papel específico de los servicios sociales. En una concepción de este tipo, en lugar de identificarse el tipo de necesidad en función de la cual una persona (cualquiera en principio), debe dirigirse a los servicios sociales y no a los sanitarios o los educativos, parece que se nos lleva a pensar que los servicios sociales han de responder a (prácticamente) cualquier necesidad, eso sí, de algunos tipos de personas, que al parecer, no pueden acceder a los sistemas, redes o ramas que la población (o la mayor parte de ella) utiliza para dar respuesta a dichas necesidades.

Como alternativa, proponemos la siguiente definición compartida en una publicación reciente en la que hemos participado, en la que conceptualizamos los servicios sociales en términos de: «prestaciones técnicas y otras actividades en las que se brinda ayuda o apoyo, fundamentalmente relacional y de proximidad, para la cobertura de carencias y el desarrollo de potencialidades en lo que tiene que ver con la autonomía (o dependencia) personal y la integración (o exclusión) comunitaria y social en general» (Fantova, 2005a). En esta definición, o en otras revisadas (Bahle, 2003: 7), se puede decir que se intenta, al menos:

- Subrayar la entidad y especificidad de los servicios sociales, de modo que prevengamos aproximaciones irrespetuosas o desconocedoras de la *masa crítica* de práctica y conocimiento existente en el sector de los servicios sociales.
- Huir de aquellas aproximaciones que confunden los servicios sociales con el conjunto de servicios e iniciativas que se orientan a la búsqueda del bienestar individual y social, ya que los servicios sociales cons-

tituirían una de esas ramas o sistemas pero no cabe confundir la parte (los servicios sociales) con el todo.

- Delimitar en forma realista los resultados esperables de los servicios sociales, huyendo de formulaciones que *encargan* a los servicios sociales la consecución efectiva de fines o metas que sólo son alcanzables, en el mejor de los casos, por el conjunto del agregado de bienestar o, incluso, de la sociedad.
- Identificar el *valor añadido* fundamental de los servicios sociales que, a nuestro juicio, es un valor añadido de carácter relacional (reflejado en su peculiar configuración y articulación de medios y fines) y, consiguientemente, diferenciarlo del valor añadido característico de otras ramas de actividad pro bienestar social.
- Rechazar, por tanto, las concepciones que entienden los servicios sociales como servicios de carácter residual o subsidiario que harían aquello que no hacen (o no pueden hacer o no quieren hacer) otros servicios o sistemas (curiosamente llamados, a veces, *normalizados*), entendiendo que, más bien, todas las ramas serían complementarias entre sí.

Si en el caso de los servicios sociales estamos dando como referencia la autonomía personal y la integración social, el referente para las prestaciones y actividades del sistema sanitario sería, en su momento, la enfermedad y, más modernamente, la promoción de la salud, término para el cual podemos encontrar definiciones más restrictivas (en términos de ausencia de patologías) o más ambiciosas (en términos, por ejemplo, de calidad de vida). Del mismo modo, el referente de la rama educativa será el aprendizaje. Si nos fijamos, ni el aprendizaje se obtiene sólo o fundamentalmente en las instituciones educativas, ni la salud es el resultado, principalmente, de la asistencia sanitaria, ni el desenvolvimiento autónomo en interacción social lo desencadenan, principalmente, los servicios sociales. Sin embargo, tales fenómenos (la salud, el aprendizaje, la autonomía, la integración...) son tan importantes que se han configurado y desarrollado en prácticamente todas las sociedades sistemas formales de servicios, ramas estructuradas de actividades que se orientan a su consecución.

Cabe decir, por tanto, que los procesos de estructuración, desarrollo e institucionalización de los sistemas o ramas de la acción pro bienestar social en nuestro entorno han conducido a una situación en la que resultan reconocibles y diferenciables los servicios sociales y los servicios sanitarios u otros (para quienes los estudiamos y, lo que es más importante, para sus usuarias y usuarios). Ello ocurre, siguiendo lo que antes decíamos, en función de las necesidades y demandas a las que pueden dar respuesta estas ramas, y en función de la articulación de recursos, procesos y efectos que resulta característica de cada una de ellas. Sin embargo, constatamos que, en el caso de los servicios sociales, se puede decir cabalmente que se trata de una rama en construcción, frágil, todavía joven y necesitada, por ello, de una atención especial.

16.4. PRESTACIONES Y ACTIVIDADES EN LOS SERVICIOS SOCIALES Y SANITARIOS

En este tipo de entramados de bienestar, podríamos decir que cada una de las ramas o subsistemas contiene o aporta algunas prestaciones o actividades que le son más características o idiosincrásicas. Así, una intervención quirúrgica, por ejemplo, vendría a ser muy típica del sistema sanitario. Del mismo modo, el acompañamiento social sería muy propio de los servicios sociales. Ahora bien, tan cierto como esto es que ninguna rama o sistema puede funcionar si únicamente brinda esas prestaciones o actividades idiosincrásicas o típicas, ya que además necesita, al menos, estos tres tipos de prestaciones o actividades (DFB-DAS y otras, 2005):

- Actividades de gestión y gobierno (necesarias en cualquier organización).
- Prestaciones o actividades de soporte o apoyo (pensemos en el alojamiento o la alimentación que se brinda en muchos servicios sociales o sanitarios y que, dicho sea de paso, no son más soporte para –o más parte de– los servicios sociales que de o para los sanitarios).
- Prestaciones o actividades típicas o características de otros subsistemas (por ejemplo, la enseñanza a niñas y niños en un hospital o la atención médica en un servicio social de carácter residencial para personas en situación de dependencia).

Así pues, esas prestaciones o actividades que hemos considerado características o típicas de cada una de las ramas o sistemas se integran junto con otras prestaciones y actividades de los tipos que hemos mencionado y lo hacen en forma de *servicios* reconocibles y accesibles para las ciudadanas y ciudadanos (por ejemplo: hospital, residencia, servicio de ayuda a domicilio, centro de salud) que vienen a ser *paquetes* estructurados y decantados de prestaciones o actividades de diferente naturaleza. Y subrayamos que, al hacerlo dentro de una rama o sistema, pueden incorporar, en muchas ocasiones, prestaciones y actividades típicas o características de otras ramas o sistemas.

Nos parece necesario hacer notar, en este momento, que estas ramas o sistemas que venimos mencionando no se definen, en ningún caso, por un determinado segmento, sector o colectivo de destinatarias y destinatarios. En todos los casos hablamos de ramas o sistemas universales en el sentido de que, por vocación, se ofrecen a toda la población que hará uso de ellos en función de sus necesidades y capacidades. De ahí, por ejemplo, el error a nuestro juicio de hablar de un supuesto *sistema de atención a la dependencia*, entendido como una rama más en esta clasificación de la que venimos hablando o, dicho en una expresión no infrecuente (IMSERSO, 2004: 89), como el *cuarto pilar* del sistema de bienestar (junto a educación, sanidad y pensiones), cuando las personas en situación de dependencia son, lógicamente, destinatarias de todos los sistemas o ramas. Por lo mismo las políticas en relación con la dependencia serían, usando una expresión bastante de moda, *transversales*, en el sentido de que atrave-

sarían todas las ramas o subsistemas.

Sea como fuere, el encuadramiento de una determinada prestación o actividad en un determinado *paquete* (servicio o, por ejemplo, centro) es algo que se va dando en un proceso de desarrollo institucional y decantación social. Lo mismo cabe decir para la articulación o incardinación de un determinado tipo de servicio o centro en una u otra rama. Lógicamente la presencia y relevancia de esas prestaciones o actividades que hemos denominado características de la rama o sistema incrementará las probabilidades de que un servicio o centro sea parte de dicha rama o sistema. Sin embargo, por ello mismo, es natural que en las proximidades de las fronteras entre sistemas, aparezca la duda o la controversia que podríamos formular en los siguientes términos: ¿hasta qué punto un servicio de una rama puede incorporar prestaciones o actividades típicas o características de otra rama sin transformarse en un servicio que estaría mejor encuadrado en la otra rama? O incluso: ¿habría que poner en cuestión la división de ramas o sistemas de la que venimos hablando?

16.5. CONTEXTO DE APARICIÓN Y DESARROLLO DE LA PREOCUPACIÓN SOCIOSANITARIA

No por azar hemos evocado párrafos atrás la cuestión de la dependencia pues ese fenómeno es, seguramente, el que en mayor medida ha venido suscitando, suscita y suscitará el interés y la preocupación por la coordinación entre la asistencia sanitaria y los servicios sociales. Sin embargo, como veremos más adelante, sería un error pensar que es el único fenómeno, necesidad, problema o reto social a relacionar con lo sociosanitario.

Sea como fuere, es interesante detenerse, por un momento, en el contexto en el que aparece la preocupación sociosanitaria, la preocupación por lo que está en las proximidades de la *frontera* entre las dos ramas de las que venimos hablando. Resumiendo mucho diremos que en los últimos años, se produce la confluencia de dos factores que hacen que la dependencia se presente de una forma mucho más intensa y se configure de una manera nueva como objeto de interés y preocupación en el ámbito de la política social:

- Se viene dando un importante aumento del número de personas en situación de dependencia, debido en gran medida al aumento de las posibilidades de supervivencia a muchas enfermedades y accidentes.
- Viene disminuyendo de forma acelerada la disponibilidad de las familias para la ayuda personal (particularmente por parte de quienes venían prestándola: las mujeres), debida, entre otras razones, a importantes transformaciones de las estructuras familiares (básicamente, más familias en las que ambos cónyuges trabajan fuera del hogar, disminución del tamaño de la familia y reducción del número de generaciones que conviven en el mismo hogar).

No parece difícil comprender que la dependencia es uno de los fenóme-

nos que pone en crisis nuestros sistemas de bienestar y que uno de los puntos donde esa crisis se nota más es, justamente, en la frontera sociosanitaria. Las personas en situación de dependencia se configuran como una población que, en muchos casos, va a necesitar con intensidad atención sanitaria y servicios sociales de una previsible larga duración. Siendo además, en términos generales, una población que, por su limitada autonomía, no podrá, fácilmente, circular entre unos servicios y otros sino que más bien requerirá, por decirlo de una manera quizá excesivamente simple, que los servicios se le acerquen, se le aproximen, se le *entreguen*.

Ciertamente, la cuestión sociosanitaria aparece en el debate de la política social muy vinculada a la prolongación de los cuidados (se ha acuñado el concepto de *cuidados de larga duración*) y a su continuidad, sin lagunas o grietas que perjudiquen el proceso de la persona. Igualmente aparece muy conectada con el reto que sienten cada vez con más fuerza (por *necesidad* o por *virtud*, si se permite la expresión) los sistemas formales de favorecer y potenciar los apoyos y redes sociales y comunitarias que revelan una importancia crítica para las personas en situación de dependencia, entre otras. También se comprende en un contexto de incremento de la conciencia y el poder de las personas usuarias de los servicios, sea (en mayor o menor medida) en clave de sujetos de derechos, de consumidoras y consumidores más exigentes o de participantes activos en la vida comunitaria. En todo caso, el reto de lo sociosanitario adquiere fuerza en la medida en que se presentan y analizan situaciones absurdas, perjudiciales y, muchas veces, dramáticas para la vida de muchas personas a consecuencia de modelos de intervención en los que cada uno de los agentes percibe a la persona desde su óptica parcial y procede a una actuación que muchas veces tiene interferencias con las otras, disminuyendo o incluso negativizando el efecto final en la destinataria o destinatario.

Sin embargo, no sólo hay que recordar que la dependencia no afecta únicamente a las personas de edad avanzada, sino también que la dependencia no va a ser la única contingencia o situación que pone a prueba la coordinación o integración de los servicios sociales o sanitarios. Precisamente por ello es necesario señalar que el contexto de aparición y desarrollo del debate sociosanitario aparece dominado por la preocupación por la dependencia: precisamente para no tomar la parte por el todo y no olvidar otras situaciones y contingencias a las que también la coordinación o integración sociosanitaria habrá de dar respuesta. Pensemos, por poner un solo ejemplo, en personas en situación de exclusión social que no necesitan ayuda para las actividades de la vida diaria y que tienen una enfermedad crónica que les hace necesitar atención médica regular.

En realidad, en la medida en que en un determinado segmento poblacional, mayor o menor, aparecen con una cierta intensidad y continuidad necesidades susceptibles de recibir respuesta desde los servicios sociales y los servicios sanitarios se plantea, lógicamente, la cuestión de su coordinación o integración. Lo único que ocurre es que, entre esos segmentos, el de las personas en situación de dependencia (y, particularmente, el de las personas de edad avanzada en situación de dependencia) es el más numeroso o significativo hoy y aquí. Por eso

no son pocos quienes asimilan ambas cuestiones (Garcés Ferrer, 2000: 105-113; Bayarri, 2004).

16.6. APROXIMÁNDONOS A LA CUESTIÓN SOCIOSANITARIA

Una vez retratado brevemente el contexto en el que surge, diremos que la cuestión de la coordinación o integración de servicios sociales y servicios sanitarios puede plantearse de diferentes maneras o, por decirlo así, en diversos niveles. Concordamos con Dolors Colom (Colom, s.f.) cuando nos invita a adoptar, en primer lugar, la perspectiva de las ciudadanas y ciudadanos, de las personas que reciben, en este caso, la atención sociosanitaria. Desde el punto de vista de la persona destinataria de la intervención, lo relevante es la adecuada integración y sinergia entre las prestaciones concretas que recibe o las actividades específicas en las que participa, sin importar particularmente cuáles han de ser consideradas como sanitarias y cuáles como propias de los servicios sociales.

Colocándonos, por tanto, en primera instancia, en la posición de la persona usuaria, hablaríamos de atención sociosanitaria cuando dicha persona recibe las prestaciones o participa en las actividades propias o características de la rama sanitaria y de la de servicios sociales de forma altamente articulada o integrada. Se ha dicho que tiene que haber necesidad simultánea en ambas áreas; que la necesidad tiene que ser cuantitativa o cualitativamente significativa en ambas áreas, en la intensidad de la intervención o en la duración en el tiempo; y que la intervención de ambos sectores será sinérgica en su efecto (GC-DBS, 2002).

Aunque en algunos contextos sean comprensibles y puedan ser útiles en determinados discursos, desechamos, por parciales, aquellas definiciones, no infrecuentes, de la atención sociosanitaria:

- Que la restrinjan a una determinada población, puesto que, como hemos dicho, concebimos ambas ramas como universales y también como universales las prestaciones y servicios que quedan más cerca de la frontera entre ambas ramas.
- Que se escoren hacia una de las dos ramas, pues si ambas tienen, en principio, igual estatus, la frontera entre ambas *medirá* lo mismo de un lado y de otro y no habrá que considerar que lo fronterizo sea más propio de la una que de la otra.
- Que identifiquen atención sociosanitaria con cuidados de larga duración, pues en la atención sociosanitaria habrá, por definición, procesos de corta, media y larga duración.
- Que identifiquen atención sociosanitaria con atención residencial, pues la prestación de alojamiento estará presente tan sólo en algunos casos y, más aún, se verá como preferible, en general, que las personas destinatarias de la atención sociosanitaria permanezcan en sus entornos hogareños, familiares, convivenciales y comunitarios naturales o habi-

tuales.

Ciertamente, la cuestión sociosanitaria se plantea en términos de integración o coordinación (*sin costuras*, dirá Alaszewski) entre la asistencia sanitaria y los servicios sociales en la medida en que, previamente, han sido definidas y construidas la rama sanitaria y la de servicios sociales. Sólo en la medida en que, previamente, han sido conceptualizadas y estructuradas las mencionadas ramas, se plantea después como problema o como reto la integración de prestaciones o actividades inicialmente adscritas a ramas diferentes o, usando los términos antes presentados, típicas o características de subsistemas diferentes.

Con esto queremos decir que existe mucha literatura sobre la atención sociosanitaria que, con un enfoque que podríamos denominar *operativo*, se ubica en el nivel de la intervención y, legítimamente, no se preocupa de la cuestión que podríamos denominar *estructural*. Ciertamente, son muy necesarios los trabajos que se preocupan por la intervención sociosanitaria en términos de coordinación o integración de prestaciones o actividades de los dos tipos. Sin embargo, en un contexto en el que están estructuradas las dos ramas, se hace necesario notar que, junto a diseños referidos a la integración o coordinación en el nivel de la *atención*, hay que estudiar cómo se articulan las estructuras que brindan soporte o suponen mediación para dichas prestaciones y actividades.

Partimos, por tanto, de que la persona destinataria es una y que se le debe brindar una atención tan coordinada o integrada como sea idóneo y pertinente. Y hablamos de idoneidad y pertinencia porque, si bien hay principios admitidos en el ámbito de las políticas sociales que promueven la coordinación e integración de prestaciones o actividades, también puede haber otros que la desaconsejen en determinadas circunstancias, no vaya a ser que en aras de la coordinación o integración (en este caso sociosanitaria) regresemos a la indeseada *institución total*.

Dicho esto, habremos de buscar las soluciones estructurales (orgánicas y funcionales) que mejor puedan servir a esa integración de la atención en los casos en los que sea deseable y esté indicada. También habrá que buscar hacer posible la deseable diversidad de *paquetes de cuidados*, en atención a la diversidad de situaciones al las que habrá que dar respuesta: desde las que puede presentar, en términos sociosanitarios, la niña con parálisis cerebral y frecuentes episodios de atragantamiento que está escolarizada, hasta las que pueda tener el hombre viudo de ochenta años con necesidad de ayuda para todas las actividades de su vida diaria que vive en un cuarto piso sin ascensor.

16.7. FÓRMULAS Y EXPERIENCIAS DE COORDINACIÓN O INTEGRACIÓN SOCIOSANITARIA

A la hora de pensar en los formatos para la coordinación o integración sociosanitaria hemos revisado algunas experiencias en diferentes países (ver bibliografía). Dadas las dimensiones de este texto no vamos a entrar a referirnos expresamente a ninguna de ellas. (Para el caso español, se encuentran buenos

resúmenes en el libro de Rodríguez Cabrero y Montserrat, o en el Libro Blanco sobre la Dependencia). Dichas propuestas pueden aparecer:

- en desarrollos legislativos o normativos que afectan, por ejemplo, a estructuras administrativas;
- en planes sociosanitarios, gerontológicos, de atención a personas mayores, de atención a personas con determinadas enfermedades, de atención a personas con discapacidad, de servicios sociales o de salud;
- en programas e iniciativas de carácter y denominación estrictamente sociosanitaria;
- en documentos en los que se recogen convenios o acuerdos interinstitucionales o interdepartamentales;
- en diseños de centros o servicios;
- en listados de recomendaciones o conclusiones de reuniones de diversa índole.

Tras esta revisión podría decirse que aparecen diferentes ejes de diferenciación. Así, por una parte, la coordinación o integración puede ser más intensa o más liviana. Obviamente, cuando hablamos de coordinación o integración estructural estamos pensando en una coordinación o integración de una cierta intensidad y estabilidad, más allá del azar o del voluntarismo de unos u otros agentes profesionales o de la comunidad.

Por otro lado, podemos pensar en fórmulas de coordinación o integración que afecten a una, varias o (deseablemente, por coherencia) todas las fases de las intervenciones o actuaciones (o de la gestión de los casos), por ejemplo:

- acceso y acogida,
- diagnóstico de la persona y el entorno o evaluación de necesidades y recursos,
- planificación o programación,
- realización de la intervención,
- coordinación,
- registro, seguimiento, evaluación, y
- gestión de la salida.

En tercer lugar, podríamos identificar tres planos o dimensiones estructurales en los que se podría dar esa coordinación o integración:

- la infraestructura material,
- los entramados humanos (a escala menor o mayor),
- los aspectos intangibles (como conocimiento y cultura organizacional).

Por último, la coordinación o integración puede pensarse a nivel del macrosistema, del mesosistema o del microsistema. Así, puede hablarse de coordinación o integración (citando tres):

- en el nivel de los sistemas, ramas o redes,

- en el nivel de las organizaciones, instituciones, o
- en el nivel de las unidades de actividad.

16.8. LA CUESTIÓN DE LA TERCERA (O NUEVA) RAMA (INTERPUESTA)

Y será en el nivel más macro donde se plantea la cuestión de la creación de una rama sociosanitaria interpuesta entre la sanitaria y la de servicios sociales. Entre las experiencias o modelos sociosanitarios que hemos podido revisar los hay que podrían aproximarse o encuadrarse más o menos en la idea de creación de una nueva rama o sistema. En ciertos casos, también, se tendería a encuadrar los servicios sociosanitarios más bien en la rama sanitaria o más bien en la de servicios sociales (pudiendo hablarse en mayor o menor medida de un subsistema sociosanitario dentro de uno u otro de los sistemas).

Desde la propuesta que estamos intentando construir en este texto, sin embargo, los servicios sociosanitarios, tal como los hemos definido, estarán presentes tanto en la rama sanitaria como en la de servicios sociales y no cabría, por definición, pensar que tengan mayor o mejor ubicación en una o en la otra. Si admitimos la idea antes presentada de la presencia en los servicios (en los *paquetes*) de una determinada rama de prestaciones y actividades más o menos típicas o características de otras, diríamos que podríamos encontrar en cada uno de los dos sistemas, conforme nos acercamos a la frontera, servicios que incorporarían prestaciones y actividades más propias o idiosincrásicas del otro.

Y es que cualquier propuesta que se acerque en mayor o menor medida a la creación de una nueva rama, red, sistema o subsistema de carácter específicamente sociosanitario desencadena, a nuestro juicio, más problemas de los que puede ayudar a resolver. Y sobre todo, hoy y aquí, crea problemas a la rama o sistema menos articulado y más frágil: el de los servicios sociales, en la medida en que detrae flujos de recursos, variedad de personas usuarias y caudal de legitimación social que tanto necesita. Generando, por otra parte, nuevos problemas de coordinación o integración entre la nueva rama y las dos colindantes.

Tenemos la impresión de que esta posición, que desde un punto de vista teórico parece bastante razonable, es olvidada o impugnada de forma más o menos explícita o implícita más bien por razones vinculadas a situaciones contingentes que se presentan en los sistemas realmente existentes más que a su naturaleza o caracterización fundamental. Así, lo que muchas veces está pesando realmente en el debate es el hecho, contingente y relativo, de que en el sistema sanitario público es muy inferior, en nuestro entorno, el copago por parte de las usuarias y usuarios que en el de servicios sociales. O la circunstancia, contingente y relativa, de que los sistemas públicos de servicios sociales están, en general, menos institucionalizados y reconocidos que los sanitarios o son menos accesibles y apreciados. O el hecho, contingente y relativo, de que, en muchas ocasiones, los servicios sociales están más vinculados a las autoridades locales

y los sanitarios a administraciones de mayor ámbito. O la circunstancia, contingente y relativa, de que el *mix de bienestar* (participación relativa de los sectores público, privado, social e informal en los cuidados) sea diferente en las dos ramas. O las contingentes y relativas diferencias culturales entre ambas ramas.

Si nos fijamos, muchas veces son estas circunstancias contingentes, es decir, no propias de la naturaleza de las ramas, las que están atravesando el debate e impidiéndonos ver con más claridad los diseños más racionales y convenientes. Dicho de otra manera, pensar en un desarrollo de lo sociosanitario sin abordar, como condición necesaria, el fortalecimiento, la universalización o, si se quiere decir así, la normalización de los servicios sociales es, a nuestro juicio, una empresa destinada, posiblemente, al fracaso.

Sin embargo, si somos capaces de pensar en una rama de los servicios sociales desarrollada, fortalecida, universalizada o normalizada (por decirlo en pocas palabras y con pocos matices) quizá se nos va aclarando un poco más la cuestión sociosanitaria y entendemos que lo sociosanitario habrá de estar presente tanto en una rama como en la otra y que, existiendo, como deben existir, políticas sociales globales y procesos transversales de planificación, instancias políticas y administrativas habrá para establecer qué servicios sociosanitarios se ubican en un subsistema y cuáles en otro. Si entendemos (y es verdad) que todo se paga de la misma bolsa e intentamos superar la dinámica de *facturaciones cruzadas* entre sistemas también se facilita el asunto.

16.9. LA COORDINACIÓN O INTEGRACIÓN ESTRUCTURAL

Ahora bien, una vez impugnada la propuesta de creación, en el nivel macro, de una *tercera* rama o sistema, hemos de plantear alternativas razonables y viables para esa complementariedad estructural que buscamos entre la asistencia sanitaria y los servicios sociales (y que pudieran servir de inspiración para las otras *fronteras* de los servicios sociales). Así pues, para terminar este texto, vamos a recoger, a modo de síntesis telegráfica de *lecciones aprendidas* o *buenas prácticas*, algunas medidas o iniciativas que están contribuyendo o pueden contribuir a la deseable complementariedad, coordinación e integración sociosanitaria y que, a nuestro juicio, sería igualmente útiles para la coordinación o integración entre los servicios sociales y otras ramas del bienestar.

Así, en primer lugar, hay que referirse a los procesos de producción normativa y planificación social que, necesariamente, han de tener dimensiones transversales e interdepartamentales. Dichos procesos permitirán (por ejemplo mediante catálogos o carteras) ir identificando prestaciones y actividades presentes en los distintos servicios, programas o centros y, a su vez, los servicios, programas o centros que se encuadran en cada una de las ramas o sistemas. Además, otra aportación importante a realizar desde estos procesos es la delimitación de áreas geográficas iguales para los servicios sociales y los servicios sanitarios u otros servicios de bienestar.

Por otra parte, en el ámbito de la gestión pública, se propende cada vez

más a la utilización de fórmulas flexibles que permitan la colaboración entre agentes e instancias diversas. Estas fórmulas, en la medida en que no contribuyan (como ocurre a veces) a una disolución de la responsabilidad pública, configuran una administración relacional, un gobierno multinivel, una gestión en red que parecen adecuadas para dar respuesta al reto sociosanitario. Sin que olvidemos que cada instrumento (contratos, convenios, subvenciones y así sucesivamente) tiene una finalidad diferente y ha de aprenderse y limitarse su utilización (López Casanovas y otras, 2003).

En realidad, en la medida en que los sistemas de bienestar se estructuren en red, habrá de facilitarse también la conexión en red entre *nodos* pertenecientes a diferentes sistemas. Lo que ocurre es que, en esos procesos de transformación, cada uno de los agentes o *nodos* deberá aprender nuevas formas de *añadir valor* en ese contexto complejo: acreditación, homologación, colaboración, concertación, inspección, evaluación, consultoría o formación son tan sólo algunos ejemplos de actividades que tienen lugar en procesos que atraviesan los muros de los sistemas y que han de ser gestionados proactivamente con el fin de añadir valor para la usuaria o usuario final.

Otro frente importante para la coordinación o integración sociosanitaria (o socioeducativa, sociolaboral...) es el que tiene que ver con el diseño de los servicios, programas o centros. En estas labores de diseño se habrá de ir progresando en la construcción y utilización de un lenguaje cada vez más común para todo el ámbito de la política social. Ello nos tiene que animar a ensanchar la mirada y ser capaces de ver los servicios y programas de nuevas maneras. Así, por ejemplo, hablar de centros de *convalecencia*, o servicios de *respiro*, es hacer referencia, posiblemente, a una de las dimensiones (y quizá no la más relevante) de los programas que así se denominan.

Por otra parte, las nuevas necesidades y recursos presentes en la sociedad aconsejan la realización de diseños flexibles que permitan, al modo del Lego, diferentes re combinaciones. La flexibilidad y versatilidad de los diseños, por otra parte, también viene aconsejada por la diversidad y peculiaridad de trayectorias, itinerarios, circunstancias y preferencias de las personas, a la que hay que intentar ser capaces de adaptarse en la mayor medida posible. Y por la posibilidad que deben dar los servicios de que sus usuarias y usuarios puedan tener diferentes utilidades y vivencias de ellos (tú vas al bar porque tienes sed, yo para ver el partido, aquél porque quiere compañía, ella para charlar con su amiga y él para no pasar frío en la calle, sin que esto afecte a la identidad del bar). Por otra parte, en materia de diseño de respuestas, la investigación, desarrollo e innovación (en general, los procesos de gestión de conocimiento) han de ser constantes.

Sin embargo, por bien que se haga la planificación macro y el diseño de servicios y programas, es necesario establecer y articular dinámicas de planificación y evaluación compartida y participativa a todas las escalas o niveles, puesto que a todos los niveles o escalas habrá que tomar y valorar decisiones concretas vinculadas a los diferentes casos y circunstancias que vayan apareciendo. Dichos procesos de programación, decisión, seguimiento y control habrán de

darse en espacios organizacionales previamente establecidos, también a los diferentes niveles. Las nuevas tecnologías de la información y la comunicación facilitan el trabajo en red y disminuyen la necesidad de las temidas (y temibles) reuniones aunque algunas de ellas puedan ser convenientes, necesarias y hasta gratificantes.

Al hablar de dinámicas de planificación y evaluación merece párrafo aparte la gerencia o gestión de caso (*case management*), como fórmula de coordinación de todas las intervenciones que afectan al mismo destinatario, incluyendo el diagnóstico (o los diagnósticos) o evaluación de necesidades y recursos; planificación o programación de la atención; puesta en marcha de la intervención, con participación en la coordinación entre agentes; seguimiento y evaluación. Labor que habría de hacerse, deseablemente, en clave de *planificación centrada en la persona* (propuesta vinculada en gran medida al concepto de *calidad de vida* que pone el énfasis en la consecución por parte de la persona de *logros personales* deseados por ella) (Fantova, 2005b: 87).

Otra cuestión importante que se está abordando y se debe seguir abordando tiene que ver con las prácticas e instrumentos de diagnóstico o evaluación de necesidades y capacidades de las personas. En la medida en que tanto en los servicios sociales como en los servicios sanitarios u otros se practique la interdisciplinariedad y, en la medida en que se compartan lenguajes e instrumentos, los diagnósticos y evaluaciones podrán utilizarse más allá del sistema en el que fueron realizados y esto facilitará la gestión del sistema de bienestar y, lo que es más importante, la vida de las usuarias y usuarios.

Y es que, de particular impacto en la calidad de la atención a las personas resulta, en realidad, todo lo que esté establecido y estructurado en relación no sólo con su diagnóstico o evaluación, sino con toda la gestión de su caso, en particular para personas usuarias de más de un servicio o, más aún, de más de un sistema. Ahí aparece la necesidad de instancias y protocolos para la discusión de los casos, la elaboración participativa y seguimiento compartido de planes individuales, la configuración de *paquetes de cuidados*, la derivación entre servicios o sistemas, la planificación de procesos de transición o de deterioro, por poner algunos ejemplos.

Todas estas iniciativas y medidas, en todo caso, no se entienden si no es en una dinámica de revisión continua de lo que se propone y de corrección del rumbo siempre que sea necesario. En una dinámica de aprendizaje desde la práctica, de práctica basada en la evidencia y, en definitiva, de gestión del conocimiento. En una renovación de la gestión en una línea de gestión relacional, por procesos y en red. En una dinámica de innovación organizacional y social.

16.10. CONCLUSIÓN

Terminamos, por tanto, esta parcial contribución al debate sociosanitario (o, más en general, de la coordinación o integración entre los servicios sociales y otras ramas) subrayando que nos parece un debate con trampa si antes no se

aborda el debate de los servicios sociales. Los servicios sociales necesitan que se confíe en ellos y que se apueste por ellos si se quiere resolver el problema sociosanitario (o sociolaboral u otros). Si en cada una de las fronteras que los servicios sociales comparten con otras ramas se adjudica a dichas ramas la atención a las capas sociales más normalizadas y numerosas, seguiremos atendiendo inadecuadamente a las personas y contribuyendo a la estigmatización de los servicios sociales y esto los herirá de muerte por falta de legitimación social, con las consiguientes consecuencias para el conjunto del sistema de bienestar y para la calidad de vida de la población.

El debate sociosanitario o el debate de la coordinación, en muchas ocasiones, vela el verdadero problema que lo hace surgir, que no es otro que el de la fragilidad y el desconocimiento de las posibilidades de los servicios sociales. El del desprecio de su valor añadido, el de la falta de apuesta por su universalidad, por su desarrollo tecnológico, por su estructuración. En el fondo, posiblemente, el olvido de ese ámbito relacional y de proximidad, de cuidado, apoyo y acompañamiento en que se juega, sin embargo, en muchos casos la dignidad de la persona y el destino de su comunidad.

Por lo demás, más allá de este necesario reforzamiento de los servicios sociales, no cabe duda de que la cuestión sociosanitaria sigue teniendo enjundia, como la tiene la socioeducativa u otras de la misma índole. Ahí hemos intentado apuntar algunas medidas estructurales que favorezcan la integración y coordinación entre ramas, intentando soslayar el riesgo de deconstrucción de los servicios sociales y de deterioro de la atención en servicios sociales que tienen, a nuestro juicio, algunas propuestas y estrategias que se plantean de cara a la coordinación o integración.

BIBLIOGRAFÍA

- AETSS (Asociación Española de Trabajo Social en Salud) (2006): *Trabajo social en salud. Declaración de Granada. Mayo de 2006.*
- ALASZEWSKI, A. y otros (2003): *Providing integrated health and social care for older persons in the United Kingdom.* London, Procare.
- ARARTEKO (2000): *Atención comunitaria de la enfermedad mental.* Vitoria-Gasteiz.
- ARARTEKO (2004): *Atención a personas mayores en la CAPV: servicio de asistencia domiciliaria, centros de día y centros residenciales.* Vitoria-Gasteiz.
- AZUAR, M. (2000): «Sobre la atención sociosanitaria en España» en *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, vol. 35(1), pp. 1-3.
- AZUMENDI, E. (2006): «Educación refuerza el servicio a niños enfermos» en *El País*, 2 de abril.
- BAHLE, T. (2003): «The changing institutionalization of social services in England and Wales, France and Germany: is the welfare state on the retreat?» en *Journal of European Social Policy*, vol. 13(1), pp. 5-20.
- BAYARRI, V. (2004): «El reto de la dependencia. Por un sistema integral de atención y promoción de las personas con dependencia» en *Siglo Cero*, vol. 35(1), núm. 210, pp. 29-36.
- BLANCHARD, N. (2004): «Du réseau à la coordination gérontologique: un nouveau para-

- digme pour le secteur médicosocial» en *Retraite et Société*, núm. 43, octubre, pp. 166-186.
- BREZMES, M.J. (2006): «La coordinación sociosanitaria: misión, estrategia, tareas, metodología» en *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, núm. 72, pp. 63-84.
- CASADO MARÍN, D. y LÓPEZ I CASANOVAS, G. (2001): *Vejez, dependencia y cuidados de larga duración*. Barcelona, Fundación La Caixa.
- CASADO, D. (2002): *Reforma política de los servicios sociales*. Madrid, CCS.
- CASADO, D. (dir.) (2004): *Respuestas a la dependencia*. Madrid, CCS.
- CERDÁ, M. y otras (2004): «Espacio sociosanitario» en *Rehabilitación*, núm. 38(6), pp. 268-273.
- CERMI (2004): *La protección de las situaciones de dependencia en España*. Madrid.
- CHALLIS, D. y otras (s.f.): «Coordinated care, care management, service integration and partnerships» en *PSSRU Bulletin*, núm. 13, pp. 10-11.
- COLOM, D. (1997): *La atención sociosanitaria del futuro*. Zaragoza, Mira Editores.
- COLOM, D. (s.f.): «La primera perspectiva de la atención sociosanitaria: la del ciudadano» en *Agathos-CEOMA*, pp. 21-32.
- CVAS (Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria) (2005): *Plan estratégico para el desarrollo de la atención sociosanitaria en el País Vasco 2005-2008 (borrador)*. Vitoria-Gasteiz.
- CVBS (Consejo Vasco de Bienestar Social) (2004): *IV informe sobre la situación de los servicios sociales en la Comunidad Autónoma del País Vasco*. Vitoria-Gasteiz, Gobierno Vasco.
- DE LA RED, N. (2005): «Hacia la intervención integral en servicios sociales» en GUILLÉN, E. (comp.): *Sobre problemas y respuestas sociales*. Barcelona, Hacer, pp. 275-289).
- DEPARTMENT OF HEALTH (2005): *Supporting people with long term conditions. An NHS and social care model to support local innovation and integration*. London.
- DFB-DAS (Diputación Foral de Bizkaia-Departamento de Acción Social) y otras (2005): *Definición de servicios de responsabilidad foral en el ámbito de la inserción social (borrador de trabajo)*. Bilbao.
- DOYAL, L. y GOUGH, I. (1994): *Teoría de las necesidades humanas*. Barcelona, ICARIA/FUHEM.
- ESPAÑA: *Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad*.
- ESPAÑA: *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*.
- FANTOVA, F. (coord.) (2005a): *Situación y perspectivas del sistema público de servicios sociales en la Comunidad Autónoma del País Vasco. Dossier para el debate*. Vitoria-Gasteiz, Gobierno Vasco.
- FANTOVA, F. (2005b): *Manual para la gestión de la intervención social. Políticas, organizaciones y sistemas para la acción*. Madrid, CCS.
- GARCÉS FERRER, J. (2000): *La nueva sostenibilidad social. Bases teóricas del modelo sociosanitario*. Barcelona, Ariel.
- GARCÍA NAVARRO, J.A. y otras (s.f.): *Análisis y evaluación de la red de servicios sanitarios dedicados a la dependencia: programas de prevención, atención domiciliaria y hospitalización. Informe de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología*.
- GC-DBS (Generalitat de Catalunya-Departament de Benestar Social) (2002): *Llibre blanc de la gent amb dependència*. Barcelona.
- GC-DSSS (Generalitat de Catalunya-Departament de Salut i Seguretat Social) (1986): Or-

- dre de 29 de maig, de creació del Programa «Vida als Anys» d'atenció socio-sanitària a la gent gran amb llarga malaltia.
- GOBIERNO VASCO y otras (2003): *Convenio de colaboración entre el Gobierno Vasco, las Diputaciones Forales de Álava, Bizkaia y Gipuzkoa y la Asociación de Municipios Vascos EUDEL para el desarrollo de la atención socio-sanitaria en la Comunidad Autónoma del País Vasco*. Vitoria-Gasteiz.
- GV-DVAS (Gobierno Vasco-Departamento de Vivienda y Asuntos Sociales) (2004): *V plan de drogodependencias de la Comunidad Autónoma del País Vasco. 2004-2008*.
- IKEI (2005): *Servicios sociales. Informes sectoriales de la Comunidad Autónoma del País Vasco*. Vitoria-Gasteiz, Federación de Cajas de Ahorros Vasco-Navarras.
- IMSERSO (2004): *Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro blanco*. Madrid.
- IRECOOP LOMBARDIA y GHIDORZI, M. (2000): *Residenze sanitarie assistenziali. Guida pratica per l'attivazione da parte di cooperative sociali*. Milano, Franco Angeli.
- ITALIA: *Atto di indirizzo e coordinamento per l'integrazione socio-sanitaria*.
- KERNICK, D. (2003): «Can complexity theory provide better understanding of integrated care?» en *Journal of Integrated Care*, vol. 11, núm. 5, pp. 22-29.
- LEICHSERING, K. (2005): *Proporcionar una asistencia sanitaria y social integrada a las personas mayores: perspectiva europea*. Madrid, Observatorio de Personas Mayores (IMSERSO).
- LÓPEZ CASANOVAS, G. y otras (2003): *Los nuevos instrumentos de la gestión pública*. Barcelona, La Caixa.
- MARAVALL, H. (2003): *El envejecimiento en España*. Madrid, CCOO.
- MORENO, L. (2000): *Ciudadanos precarios. La «última red» de protección social*. Barcelona, Ariel.
- PICKUP, S. (2004): «Partnership and governance: the Hertfordshire experience» en *Journal of Integrated Care*, vol. 12, núm. 2, pp. 14-19.
- PISONERO, S. y otras (2004): *Necesidades y accesibilidad de las personas con discapacidad en la CAPV*. Vitoria-Gasteiz, Gobierno Vasco.
- PRINCIPADO DE ASTURIAS: Ley 1/2003, de 24 de febrero, de Servicios Sociales.
- RODRÍGUEZ CABRERO, G. (2002): «Cuidados de larga duración en España: contexto, debates, políticas y futuro» (www.iesam.csic.es/doctrab.htm).
- RODRÍGUEZ CABRERO, G. (2004): *El Estado del bienestar en España: debates, desarrollo y retos*. Madrid, Fundamentos.
- RODRÍGUEZ CABRERO, G. y MONTSERRAT, J. (2002): *Modelos de atención sociosanitaria. Una aproximación a los costes de la dependencia*. Madrid, IMSERSO.
- SARASA, S. (2003): *Una propuesta de servicios comunitarios de atención a personas mayores* (www.fundacionalternativas.com).
- SOBREMONTÉ, E. (2001): «El espacio sociosanitario en la Comunidad Autónoma de Euzkadi: una propuesta funcional de análisis» en *Zerbitzuan*, núm. 39, pp. 5-18.
- SOBREMONTÉ, E. (2003): «El rumbo de la atención sociosanitaria en el País Vasco: mejorando la calidad de los servicios» en *Agathos*, vol. 3, núm. 4, pp. 38-46.
- VILÁ, A. (2004): «Estructuras institucionales de la protección de la dependencia en España» en CASADO, D. (dir.): *Respuestas a la dependencia*. Madrid, CCS, pp. 135-166.
- WHO (World Health Organization) (2003): *Key policy issues in long term care*. Geneva.
www.cermi.es
www.edad-vida.org
www.fantova.net

www.fundacionalternativas.com

www.gerokon.com

www.iesam.csic.es

www.imersomayores.csic.es

www.mtas.es

www.polibea.com/siposo

www.siiis.net

www.who.int

NOTAS BIOGRÁFICAS DE LOS AUTORES

José María Alonso Seco es licenciado en Filosofía y Letras, Sección Psicología, y en Derecho. Es funcionario del Cuerpo Superior Técnico y del Cuerpo Superior de Intervención de la Seguridad Social. Ha ejercido funciones técnicas y directivas en Educación, Servicios Sociales, Seguridad Social y Cultura. Durante los últimos treinta años ha ocupado puestos de gestión y realizado numerosas investigaciones en el ámbito de los Servicios Sociales, tanto en la Administración General del Estado como en la Comunidad Autónoma de Madrid. En esta última ha desempeñado los puestos de Viceconsejero y Consejero de Servicios Sociales. En la actualidad desempeña el puesto de Director General del Mayor de la Comunidad de Madrid. Ha escrito numerosos libros y publicaciones sobre Derecho, Seguridad Social y, especialmente, Servicios Sociales. Entre estos últimos destacan *El Código de Protección Social*, BOE, Madrid, 1995 (en colaboración) y *La Asistencia Social y los Servicios Sociales en España*, BOE, Madrid, ediciones de 1997 y 2000. Es profesor asociado de Servicios Sociales en la Escuela de Trabajo Social de la Universidad Nacional de Educación a Distancia.

Demetrio Casado Pérez es doctor en Farmacia y diplomado en Sanidad y en Psicología. Durante cuarenta años ejerció funciones técnicas y directivas en Educación, Sanidad, Seguridad Social, Servicios Sociales y Trabajo. Ha prestado servicios de consultoría privada en los procesos de elaboración de varias leyes de servicios sociales. Viene profesando en disciplinas sociológicas y de políticas sociales. Actualmente es Director del Seminario de Intervención y Políticas Sociales y patrono de varias fundaciones de objeto científico. Ha publicado cerca de doscientos artículos y libros técnicos. Los más recientes de éstos: *Imagen y realidad de la acción voluntaria*, Hacer Editorial, Barcelona, 2003; *Respuestas a la dependencia*, Editorial CCS, Madrid, 2004 (director); *Manual de servicios sociales* (en colaboración), Editorial CCS, Madrid, 2005 (4ª edición); *Avances en bienestar basados en el conocimiento*, Editorial CCS, Madrid, 2005.

Dolors Colom Masfret es diplomada en Trabajo Social. Hasta 1995 fue jefe del Servicio de trabajo social del Hospital General de Manresa. Ha completado su formación con estancias en el Bellevue Hospital Center y el Mount Sinai Medical Center, ambos en Nueva York. Desde 1994 se dedica a actividades de consultoría, asesoría y formación. Es gerente y socia fundadora de Institut de Serveis Sanitaris i Socials S.L. (ISSIS). Desde 2001 edita y dirige la revista *Agathos*. Profesora de la Escuela Universitaria de Trabajo Social, EUTS, adscrita a la Universidad de Barcelona (1987–2001). Sus últimos libros técnicos son: *La Atención Sociosanitaria del Futuro* (1997). *La planificación del alta hospitalaria*, (2000), am-

bos en Mira editores de Zaragoza. *Libro Verde del Trabajo Social: Instrumentos de documentación técnica* (2005), editado por el Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social. Ha presentado más de un centenar de conferencias y ponencias sobre salud, trabajo social sanitario, calidad y estudios de satisfacción de clientes. Ha publicado más de cincuenta artículos. Ganadora del «Premio de Euroresidencias 2004» a las Buenas Prácticas Profesionales, otorgado por Euroresidencias y el Consejo General de Diplomados en Trabajo Social, y del Premio «FiraGran 2005 7é Saló de la Gent Gran de Catalunya» en el ámbito Cívico y Social. Consell de la Gent Gran. Generalitat de Catalunya, Departament Benestar i Família.

Fernando Fantova es licenciado en Psicología y doctor en Sociología. Trabaja desde los años ochenta en el ámbito de los servicios sociales, vinculado inicialmente a organizaciones asociativas que trabajan con personas con discapacidad intelectual. Desde hace unos diez años se desempeña como consultor en los ámbitos de la intervención social, la gestión estratégica de organizaciones y las políticas públicas, en España y también en Latinoamérica. Sus últimos libros son *Manual para la gestión de la intervención social* (2005, CCS) y *Tercer sector e intervención social* (2005, PPC). Ha coordinado los trabajos para la elaboración del dossier titulado *Situación y perspectivas del sistema público de servicios sociales en la Comunidad Autónoma del País Vasco*, que está siendo utilizado como base para la elaboración de la nueva Ley de servicios sociales en dicha Comunidad.

Rosa Graells i Domingo es trabajadora social. Trabaja en el Ayuntamiento de Sabadell desde 1981, en el cual ha realizado, siempre en el ámbito de Servicios Sociales, diferentes actividades. Inicia su trayectoria como asistente social del Centro de Atención Primaria de Can Deu, donde se inicia la experiencia del trabajo conjunto del Centro de Salud y Servicios Sociales, como experiencia piloto. Desde entonces realiza diferentes tareas de coordinación de los servicios de atención primaria, planificación, programación y evaluación de servicios desde la Secretaría Técnica del Departamento y, desde el año 2000, es Directora del Departamento de Servicios Sociales, responsabilizándose de la gestión de los servicios sociales de atención primaria y servicios especializados de la ciudad de Sabadell. A lo largo de estos años ha realizado múltiples cursos de formación y reciclaje y concretamente en el ámbito de gestión y evaluación de los servicios sociales. Ha participado activamente en la Federación de Municipios de Cataluña y en la Conselleria de Benestar i Família de la Generalitat de Catalunya, en la elaboración de la Ley de Servicios Sociales, evaluación de la Renta Mínima de Inserción, elaboración del Plan de inclusión social, etc.

Encarna Guillén Sádaba es catedrática de Trabajo Social y Servicios Sociales de la Escuela Universitaria de Trabajo Social de la Universidad Complutense de Madrid. Diplomada en Magisterio, Trabajo Social y Doctora en Sociología, ha ejercido su profesión en servicios sociales en España y en Canadá, y ha impartido esa disciplina desde 1983, fecha en que la misma fue incorporada al currículo de la

Diplomatura de Trabajo Social. Cuenta en su experiencia con trabajos de consultoría, como el de evaluadora para España del II Programa Europeo de Lucha contra la Pobreza de la entonces Comunidad Económica Europea, así como con investigaciones y publicaciones varias.

Gregorio Rodríguez Cabrero es doctor en Ciencias Económicas y licenciado en Derecho. Actualmente catedrático de Sociología de la Universidad de Alcalá (Madrid). Director de la *Revista Española del Tercer Sector*. Entre sus trabajos sobre dependencia cabe mencionar: *La protección social de la dependencia* (coord.) 1999, Madrid: Imserso; *Protección social de la dependencia en España*, Documento de Trabajo 44/2004, Fundación Alternativas; con Julia Montserrat *Modelos de atención sociosanitaria. Aproximación a los costes de la dependencia* (2003), Madrid, IMSERSO; *Modelos de Protección Social a la Dependencia con especial referencia al espacio europeo* (2005) en V. Navarro (dir.) «La situación social en España», Madrid, Biblioteca Nueva; coordinador con Víctor Renes del nº 141 (2006) de «Documentación Social», monográfico sobre *Protección social de la dependencia en España*.

Alicia Sarabia Sánchez es licenciada en Sociología, diplomada en Trabajo Social y especialista universitaria en Intervención Familiar. Tras colaborar como voluntaria con entidades de apoyo a personas con discapacidad, trabaja desde 1990 en el campo de los servicios sociales, especialmente en los ámbitos de personas mayores y personas con discapacidad y, en los últimos años, en el tema del apoyo a las personas en situación de dependencia funcional para la promoción de su vida activa. Coordinadora para España, por parte de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, del Proyecto Europeo «Coordinación entre profesionales y familiares para la adecuada atención residencial a enfermos de Alzheimer». Traductora al español, con Carlos Egea y Alan Chuter, de las Pautas de Accesibilidad a la Web 1.0 de W3C. Ha colaborado en diversas publicaciones y libros, entre los cuales destaca *Respuestas a la dependencia*, Editorial CCS, Madrid, 2004, dirigido por Demetrio Casado.

Miguel Vte. Segarra Ortiz es diplomado en Relaciones Laborales. Funcionario en activo de la Tesorería General de la Seguridad Social, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, desde agosto de 1984. Vocal del Consejo General del Instituto Nacional de la Seguridad Social, órgano de vigilancia y control de la gestión del Sistema Español de Seguridad Social. Secretario General de la Federación de Servicios y Administraciones Públicas de Comisiones Obreras del País Valenciano desde 2003. Es miembro del Comité Ejecutivo de la Federación Sindical Europea de Servicios Públicos. Fue Secretario de Organización de la Confederación Sindical de CC.OO. del País Valenciano (C.S. de CC.OO. del P.V.), desde 1996 a 2003. De 1988 a 1996: Secretario de Política Institucional y Social de la C.S. de CC.OO. del P.V. Componente de la Comisión Estatal que elaboró el Informe *La Seguridad Social en España - Prestaciones Sociales y Financiación*, realizado durante 1984 y participando en la negociación sindical que desarrolló el denominado Pacto de Toledo.

María Pilar Serrano Garijo es doctora en Medicina, especialista en Geriátría y diplomada en Sanidad. Con experiencia profesional siempre en el campo de la Geriátría, actualmente es Jefe del Departamento de Programación, Evaluación y Desarrollo de la Dirección General de Mayores del Área de Gobierno de Empleo y Servicios a la Ciudadanía del Ayuntamiento de Madrid. Múltiples trabajos presentados a Congresos y Reuniones, nacionales e internacionales, así como publicaciones en libros y revistas. Socio Fundador y Miembro de la Sociedad Madrileña de Geriátría y Gerontología desde 1986. Con cargos sucesivos de Bibliotecaria y Vicepresidenta, Presidenta de la mencionada Sociedad desde 1996 hasta 2003. Miembro de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología desde 1980. Bibliotecaria de la misma desde 1987 hasta 1992. Vocal por la Comunidad de Madrid desde 1996 hasta 2003.

Helena Sotelo es licenciada en Derecho, especializada por la Universidad de la Sorbona en Derecho Comunitario Europeo. Desde 1989, forma parte del equipo técnico del SIIIS-Centro de Documentación y Estudios de la Fundación Eguía-Careaga –dedicado, desde hace más de 30 años, a actividades documentales y de investigación en el campo del bienestar social– del que, en la actualidad, es directora. Ha participado, a solicitud de diferentes Administraciones Públicas, en la redacción de numerosos textos normativos en relación con diferentes áreas de intervención de los servicios sociales y en la elaboración de diversos estudios comparativos referidos al contexto europeo.

María Cruz de Tena-Dávila Mata es Médico especialista en Geriátría. Con experiencia profesional siempre en el campo de la Geriátría, actualmente es Jefa de la Sección de Programación, Evaluación y Formación de la Dirección General de Mayores del Área de Gobierno de Empleo y Servicios a la Ciudadanía del Ayuntamiento de Madrid. Múltiples trabajos presentados en congresos y reuniones, nacionales e internacionales, así como publicaciones en libros y revistas. Vicepresidenta de la Sociedad Madrileña de Geriátría y Gerontología desde 2004. Miembro de la Sociedad Española de Médicos Geriatras desde 2004.

Antoni Vilà es licenciado en Derecho y doctor en Pedagogía. Trabajó ejerciendo funciones técnicas y directivas en los servicios sociales de la Administración General del Estado y de la Generalitat de Catalunya. Ha sido profesor de la Escuela Universitaria de Trabajo Social de Barcelona y actualmente desarrolla su actividad docente e investigadora en la Universidad de Girona y es director de la Cátedra UNESCO de Políticas Culturales y Cooperación de dicha Universidad. Ha colaborado en la elaboración de diversas leyes de servicios sociales y, asimismo, participó en el equipo de trabajo del *Libro Blanco de Atención a las Personas en Situación de Dependencia* (2004). Ha publicado diversos artículos relacionados especialmente con los aspectos legales e históricos de los servicios sociales y libros sobre la materia, entre los más recientes: *Marc històric dels serveis socials a Catalunya* (en colaboración con Gloria Rubiol (2003) y *Els serveis socials. Una visió històrica* (2005).

Con la colaboración de:



ISBN 978-84-8440-373-9



9 788484 403739



FUNDACIÓN FOESSA
FOMENTO DE ESTUDIOS SOCIALES
Y DE SOCIOLOGÍA APLICADA



Caritas
Española
Editores