

Reordenación de la red de recursos y programas para la inclusión social de Gipuzkoa

SIIS Centro de Documentación y Estudios

Fundación Eguía-Careaga
<estudios@siis.net>

Eguía-Careaga Fundazioaren SIIS Dokumentazio eta Ikerketa Zentroak Gipuzkoako Foru Aldundiaren Politika Sozialeko Departamentuarentzako txosten bat burutu zuen 2015eko urtarrila eta ekaina bitartean lurralde horretako gizarteratzeko baliabideen sarea eta programak berrantolatzearen inguruan. Artikulu honetan laburbiltzen da txosten hori, eta lurraldeko pobrezia eta gizarte-bazterketaren egoeren eboluzioa eta gizarte-bazterketa egoeren arretarako sistemaren tamaina aztertu ondoren, bertan biltzen dira – batzuetan kontrajarriak diren– txostena burutzeko elkarriketaturiko eragileen iritziak. Artikuluak ondorio gisara jasotzen ditu bazterkeria egoeran edo arriskuan dauden pertsonen arreta hobetzeko zenbait gomendio.

GAKO-HITZAK:

Gizarteratzea, gizarte-zerbitzuak, zerbitzuen sarea, zerbitzuen antolakuntza, gomendioak, Gipuzkoa.

Entre enero y junio de 2015, el SIIS Centro de Documentación y Estudios de la Fundación Eguía-Careaga elaboró un informe para el Departamento de Política Social de la Diputación Foral de Gipuzkoa sobre la reordenación de la red de recursos y programas para la inserción social en ese territorio. Este artículo sintetiza dicho informe: tras analizar la evolución de la pobreza y la exclusión en el territorio, así como las principales magnitudes del sistema de atención a ambos fenómenos, recoge los posicionamientos –en ocasiones encontrados– que sobre la reordenación de la red de atención mantienen los agentes entrevistados para la realización del informe. El artículo concluye con una serie de propuestas genéricas para mejorar la atención a las personas en situación o riesgo de exclusión.

PALABRAS CLAVE:

Inclusión social, servicios sociales, red de servicios, organización de servicios, recomendaciones, Gipuzkoa.

1. Introducción: objetivos y metodología

El objetivo del informe que se resume en este artículo es el de plantear un diagnóstico, y algunas propuestas, con relación a la red de recursos y programas para la inclusión social en Gipuzkoa. El informe se enmarca en un proceso más amplio de redefinición de los procesos de trabajo y de los recursos de atención iniciado por el Servicio de Inserción Social, Atención a Mujeres Víctimas de Violencia Machista y Urgencias Sociales de la Diputación Foral de Gipuzkoa, y tiene como objetivo hacer posible una mejora del conjunto de la red, tanto en lo que se refiere a los procesos de diagnóstico, valoración, seguimiento y derivación de los casos, como a la coordinación intersectorial, el contenido de las prestaciones técnicas, la dotación de recursos y su despliegue territorial.

El diagnóstico que se presenta en este artículo se realizó mediante tres vías:

- Análisis cuantitativo, a partir de las estadísticas y los registros disponibles, respecto a la prevalencia y la evolución de las situaciones de pobreza y exclusión en Gipuzkoa, y respecto a la capacidad y las características básicas de la red de servicios.
- Análisis cualitativo de la estructuración, la organización y la dotación de la red de recursos para la inserción social del territorio. Ese análisis se deriva de la información recogida mediante un amplio número de entrevistas y grupos de discusión realizados con los agentes que intervienen en la red. Se realizaron en total 20 reuniones y entrevistas, en las que participaron 47 personas, pertenecientes a los principales ayuntamientos del territorio y a las entidades del tercer sector que colaboran con la Diputación Foral. También participó en el debate un grupo de técnicos del Departamento de Políticas Sociales de la Diputación Foral.
- Selección y descripción de tendencias, innovaciones y buenas prácticas desarrolladas en otros entornos.

Para entender adecuadamente el resultado del trabajo, y el contenido de este artículo, conveniente tener en cuenta los siguientes aspectos:

- El diagnóstico se refiere tanto a los servicios de atención primaria como a los de atención secundaria, por entender que ambos tipos de recursos forman parte de un mismo sistema y que su reordenación no puede plantearse de forma aislada.
- Se tuvieron en cuenta para el análisis tanto los centros como los programas de intervención, especialmente los destinados a las personas en situación o riesgo de exclusión social en el —en aquella época— borrador del Decreto de Cartera aprobado por el órgano interinstitucional de servicios sociales, pero no las prestaciones económicas.

- El diagnóstico que se presenta en el informe, así como las propuestas o recomendaciones que se plantean, no es necesariamente asumido por la Diputación Foral de Gipuzkoa ni por las entidades que han participado en las entrevistas. Se trata del diagnóstico que —tras analizar los datos disponibles, consultar los sistemas existentes en otros países y entrevistar a una representación de los agentes implicados— realiza el SIIS Centro de Documentación y Estudios como responsable de la redacción del documento, y, como tal, no tiene por qué coincidir con el de los técnicos o los responsables de la Diputación. Desde ese punto de vista, el documento se presenta como una herramienta para facilitar y guiar el debate posterior entre todos los agentes que intervienen en este ámbito, y que tienen la responsabilidad de plantear criterios comunes para la necesaria reordenación de la red.

Como se ha señalado, este artículo recoge un resumen del informe realizado. En su primer punto, se analizan los datos cuantitativos disponibles sobre la evolución de las situaciones de pobreza y exclusión. Posteriormente, se analiza la evolución de la red de recursos para la inclusión social y la valoración que hacen los agentes consultados de la situación de la red. El último punto recoge el diagnóstico realizado por el SIIS Centro de Documentación y Estudios sobre la situación de la red y algunas propuestas concretas para su mejora.

2. Crecimiento de las situaciones de pobreza y exclusión

Las fuentes estadísticas disponibles en torno a la evolución de las situaciones de pobreza, privación o exclusión social y residencial en Gipuzkoa¹ ponen de manifiesto un cierto crecimiento de estas situaciones en los últimos años. Pese a ello, las tasas de pobreza o desigualdad siguen siendo inferiores a las que se registran en otros territorios de la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV) y en otras comunidades autónomas españolas, e incluso inferiores a las de muchos de los países de nuestro entorno. Los datos que se pueden destacar de las fuentes consultadas son los siguientes:

- La tasa de bajos ingresos o pobreza relativa es, en 2014, del 15,6 % (lo que equivale a más de 111.000 personas), mientras que la pobreza severa afectaría al 5,4 % de las personas residen-

¹ Las fuentes utilizadas para este análisis son fundamentalmente tres: la Encuesta de Pobreza y Exclusión Social de Gipuzkoa, con datos de 2012 y 2014, encargada por la Diputación Foral de Gipuzkoa (SIIS Centro de Documentación y Estudios, 2013a, 2015a); la Encuesta de Pobreza y Desigualdades Sociales de la CAPV, cuyos últimos datos se refieren también a 2014 (Órgano Estadístico Específico del Departamento de Empleo y Políticas Sociales, 2014); y el recuento de personas en situación de exclusión residencial grave, realizada en diversos municipios de Euskadi, entre ellos Donostia e Irun, en 2012 y en 2014 (SIIS Centro de Documentación y Estudios, 2013, 2015).

tes en Gipuzkoa, casi 40.000 personas². La privación material afecta a un porcentaje similar de la población (5,2%), mientras que la tasa AROPE³ afectaría al 19,5% de las personas y al 22% de los hogares.

- La situación guipuzcoana es mejor que la registrada en el conjunto de la CAPV, en el Estado español y en la UE-15 en lo que se refiere a la pobreza relativa y, salvo en relación con la CAPV, también en lo que se refiere a la pobreza severa y la privación material. En todo caso, lo más destacable es la diferencia existente respecto al conjunto del Estado español tanto en lo que se refiere a la pobreza relativa como a la pobreza severa, que afectan en España a cerca del 10% de la población, frente a poco más del 5% en Gipuzkoa.
- Entre 2008 y 2014, la tasa de pobreza de mantenimiento⁴ ha crecido en Gipuzkoa en un 69%, pasando del 3,9% al 6,6% de la población, mientras que en el caso de la pobreza real el incremento ha sido de un 68%. En cualquier caso, también cabe señalar que, para los dos indicadores, el incremento experimentado en Gipuzkoa ha sido muy reducido entre 2012 y 2014, correspondiendo la mayor parte del incremento al periodo 2008-2012.
- En lo que se refiere a las situaciones de exclusión social⁵, la población guipuzcoana puede distribuirse en cuatro grandes grupos en el continuo que va de la inclusión a la exclusión, con un 56% de la población en la zona de integración, un 30% en la zona de integración precaria, un 7,8% en el espacio de la exclusión moderada y un 5,5% –en total, casi 40.000 personas– en el espacio de la exclusión severa. Como en el caso de la pobreza, las situaciones de exclusión no afectan por igual a todos los grupos de población: mientras que en el caso de las personas nacidas en Euskadi sólo un 4% se encuentra en situación de exclusión severa y un 7% en situación de exclusión moderada, en el caso de las personas nacidas en el extranjero el porcentaje de personas en situación de exclusión es casi cuatro veces mayor, pues afecta al 40% del colectivo. Las situaciones de exclusión también son más frecuentes en los hogares encabezados por mujeres y entre la población infantil y juvenil.

² Están por debajo del umbral de pobreza relativa las personas con ingresos equivalentes inferiores a 852 euros al mes, y por debajo del umbral de pobreza severa las personas con ingresos inferiores a 568 euros.

³ Porcentaje de personas en riesgo de pobreza o exclusión.

⁴ Al disponerse de una serie de datos más amplia, la evolución de las situaciones de pobreza en Gipuzkoa se analiza a partir de los datos de la Encuesta de Pobreza y Desigualdades Sociales del Gobierno Vasco, utilizando los indicadores de pobreza de mantenimiento y de pobreza real, y comparando la evolución que ha experimentado Gipuzkoa con la de los otros dos territorios de la CAPV.

⁵ Siguiendo la metodología desarrollada por la Fundación Foessa (Laparra, Zugasti y García Lautre, 2014), las situaciones de exclusión e integración se definen a partir de la combinación de 35 indicadores relativos a diversos ámbitos vitales (empleo, consumo, participación política, educación, vivienda, salud y relaciones sociales, básicamente).

- Desde el punto de vista evolutivo, los datos apuntan a que entre 2012 y 2014 se ha reducido el peso de la integración en Gipuzkoa, mientras que ha crecido la presencia de las demás situaciones (especialmente la exclusión severa y la moderada). Pese a esa evolución negativa, la situación guipuzcoana contrasta en todo caso con la española, donde entre 2009 y 2013 las situaciones de exclusión severa se han multiplicado prácticamente por dos.
- Finalmente, los datos relativos a la exclusión residencial grave se recogen de la serie de recuentos de personas sin hogar realizadas en 2011, 2012 y 2014 en diversos municipios vascos (SIIS Centro de Documentación y Estudios, 2011a, 2013b, 2015b)⁶. Dos municipios guipuzcoanos –Irun y Donostia– participaron en el recuento de 2014: en la primera de las localidades, se localizó a 39 personas pernoctando en la calle, y en la segunda, a 89. De las 128 personas identificadas en calle en Gipuzkoa, 93 eran hombres, 15 mujeres y respecto a 20 no se pudo determinar su sexo.
- Los datos de evolución ponen de manifiesto un crecimiento constante en el número de personas que pernoctan en la calle en la capital guipuzcoana: entre 2011 y 2014 el número de personas localizadas se ha multiplicado por dos (pasando de 45 a 89), mientras que ha descendido en Bilbao y Vitoria-Gasteiz, y se ha mantenido relativamente estable en ciudades como Madrid o Barcelona. Si bien es cierto que de esos datos no puede derivarse con total seguridad que el número de personas que duermen habitualmente en la calle se haya incrementado en Donostia (lo que se ha incrementado es el número de personas efectivamente localizadas en los recuentos realizados en tres días concretos de 2011, 2012 y 2014), sí cabe pensar que, a lo largo de los últimos años, el fenómeno del sinhogarismo ha tendido al alza en la capital de Gipuzkoa, al menos en épocas puntuales. De hecho, en Donostia se contabilizan, en relación con su población, un número de personas sin hogar más elevado que en el resto de las ciudades de Euskadi o del Estado en las que se realizan este tipo de recuentos (4,7 personas por cada 10.000 habitantes).
- Por lo que se refiere al recuento llevado a cabo en los centros con alojamiento, la noche del 29 al 30 de octubre de 2014 fueron contabilizadas un total de 693 plazas y 507 personas alojadas en ellos, lo que supone una tasa de ocupación del 73%. Los resultados del recuento muestran para Gipuzkoa un número de plazas por habitante similar al de la media de la CAPV, algo más elevado que el de Bizkaia y más reducido que el de Álava.

⁶ Frente a las aproximaciones anteriores, derivadas de operaciones estadísticas basadas en encuestas domiciliarias, la información más reciente sobre las situaciones de exclusión residencial grave se ha recogido a partir de la serie de recuentos de personas sin hogar y sin vivienda realizada en 2011, 2012 y 2014 por el Gobierno Vasco y los ayuntamientos de Donostia, Bilbao y Vitoria-Gasteiz.

Desde una perspectiva más cualitativa, las personas que participaron en las entrevistas pusieron de manifiesto su preocupación por la escasa capacidad del sistema para dar respuesta a los problemas de salud mental de las personas en situación de exclusión social (y por las consecuencias de estos problemas en los recursos y los procesos de inserción), la emergencia de la pobreza infantil y, sobre todo, la transmisión intergeneracional de la exclusión, que se materializa en el acceso a los servicios sociales de varias generaciones de una misma familia, el incremento de las situaciones de maltrato y violencia intrafamiliar, la proliferación de asentamientos que no reúnen las condiciones mínimas de habitabilidad (*campings*, *chabolas*) y las dificultades para atender las situaciones de las personas en situación de exclusión que envejecen (o, desde otro punto de vista, de las personas mayores en situación o riesgo de exclusión social).

3. Crecimiento de la red foral de programas y servicios para la inclusión social

Una vez analizada desde la perspectiva cuantitativa la situación de las personas en situación o riesgo de exclusión y su evolución, se analiza también desde la perspectiva cuantitativa la dotación de recursos para la prevención y el abordaje de estas situaciones. Los datos que cabe señalar al respecto son los siguientes:

- El gasto realizado en Gipuzkoa en 2012 en el ámbito de la exclusión social asciende, según las fuentes que se utilicen, a entre 91 y 115 millones de euros. La primera de las cifras corresponde a la Cuenta de la Protección Social de Eustat y la segunda al *Estudio de gasto público en servicios sociales*, del Departamento de Empleo y Políticas Sociales del Gobierno Vasco. En ambos casos, se tienen en cuenta tanto los servicios de atención directa como las prestaciones económicas (renta de garantía de ingresos, prestación complementaria de vivienda, ayuda de garantía de ingresos y ayudas de emergencia social, básicamente).
- El gasto guipuzcoano en exclusión social (129 euros por habitante) es muy inferior al de la CAPV, algo superior al europeo y muy superior al español. Las diferencias vienen fundamentalmente determinadas por el gasto en prestaciones económicas y, más en concreto, por el gasto en renta de garantía de ingresos. Si se tiene únicamente en cuenta el gasto en servicios de atención directa, lo que se observa es un cierto déficit con relación a Álava y a la UE-15, cuyo gasto ronda los 40 euros por habitante, frente a casi 32 en Gipuzkoa.
- Junto a un nivel de gasto algo menor que el europeo en servicios de atención directa, el gasto guipuzcoano en servicios sociales para la inclusión se caracteriza por tres elementos: un fuerte incremento a lo largo de los últimos años en servicios de atención directa; una menor implicación de los ayuntamientos y un mayor protago-

nismo del gasto foral, tanto en términos relativos como absolutos, en relación con Bizkaia y Álava; y un menor peso de las prestaciones económicas frente a los servicios de atención directa.

- Los datos anteriores –es decir, el notable incremento del gasto foral destinado a las políticas de inclusión social– se confirman si se analiza la evolución que ha experimentado el presupuesto destinado por el Departamento de Política Social a las políticas de inserción. Entre 2012 y 2015, dicho presupuesto ha aumentado en doce millones de euros, lo que supone un incremento de casi el 56%. La mayor parte de ese aumento, sin embargo, se refiere a las prestaciones económicas, como consecuencia de la creación de la ayuda de garantía de ingresos, siendo más reducido el incremento del gasto destinado a servicios y programas (cerca de tres millones de euros, lo que supone un 13% más a lo largo de esos cuatro años, con un aumento interanual medio cercano al 4,5%).
- En lo que relativo a la oferta de plazas, de acuerdo con la Estadística de Servicios Sociales de Eustat, en 2013, Gipuzkoa disponía de 1.162 plazas de alojamiento para personas en situación de exclusión social, lo que supone una dotación de 1,64 plazas por cada 1.000 habitantes, superior tanto a la alavesa como a la vizcaína (1,5 y 0,9 respectivamente). En cuanto a los centros de día, el número de plazas ascendía en 2012 a 251, con una cobertura superior a la de Álava, pero bastante inferior a la que se registra en Bizkaia. Desde el punto de vista evolutivo, y siempre según los datos de la Encuesta de Servicios Sociales de Eustat, las coberturas residenciales han crecido en Gipuzkoa de forma más sostenida que en el resto de los otros dos territorios, pasando de 595 plazas en 2002 (0,87 plazas por cada mil habitantes) a 1.162 en 2013, que representan una cobertura de 1,64 plazas por cada mil habitantes.
- Los datos internos de la Diputación Foral de Gipuzkoa –que no tienen en cuenta las plazas y programas promovidos por otras instituciones– apuntan en general en la misma dirección: incremento entre 2008 y 2013 del número de plazas residenciales autorizadas (si bien el número de plazas apenas ha crecido desde 2009), ligera tendencia a la reducción en el número de personas usuarias y en la lista de espera, y fuerte aumento del número de plazas en centros de día.
- En lo que se refiere a la ordenación territorial de los recursos forales, existe un cierto desequilibrio: en el ámbito de la atención residencial, siete de las subcomarcas carecen de plazas de alojamiento autorizadas por la Diputación Foral de Gipuzkoa, mientras que las coberturas más altas se dan en Oarsoaldea, Donostia y Buruntzaldea, que concentran más del 90 de las 468 plazas existentes. En el ámbito de la atención diurna, las coberturas más elevadas se concentran en Oarsoaldea, Deba Kosta, Buruntzaldea y Donostia, si bien casi la mitad de las plazas (73 en total) se encuentran en Donostia.

- De cara a los próximos dos años, el Mapa de Servicios Sociales de la Diputación Foral plantea crear un nuevo centro de día de inclusión social de 12 plazas en Bidasoa, así como plazas en centros de acogida nocturna para atender necesidades de inclusión social. En cuanto a los centros residenciales y con apoyo para la inclusión social, opta por la descentralización de la oferta actual, incrementando la oferta de plazas para el sector Oeste del territorio mediante el traslado de algunas plazas y la creación de otras nuevas.

4. La necesidad de revisar el modelo de intervención y sus bases conceptuales

Si bien no puede decirse que las posiciones sean unánimes a este respecto, el análisis cualitativo realizado en el marco de este informe ha puesto de manifiesto que una parte importante de las personas consultadas consideran necesario actualizar el modelo de intervención con las personas en situación de exclusión social desde el punto de vista de sus bases filosóficas o conceptuales.

En términos generales, estas personas consideran que el modelo actual está, por una parte, excesivamente orientado a la inserción laboral y, por otra, muy orientado a las personas con ‘motivación para el cambio’, capaces de implicarse en una intervención de carácter rehabilitador. Esto supone, en general, la aplicación de niveles elevados de exigencia y el desarrollo de intervenciones de carácter finalista y lineal, poco adaptadas a la espiralidad de las trayectorias de exclusión. En ese marco, se insiste en que no siempre se tiene suficientemente en cuenta la necesidad de garantizar objetivos intermedios, de contención y reducción de daños, y se aboga por intervenciones temporales para personas que, probablemente, van a necesitar durante toda su vida un apoyo intenso por parte de los servicios sociales. Todo esto implica, a juicio de algunas de las personas consultadas, que muchos servicios están –al menos en cierta medida– vedados a las personas que no pueden o quieren adaptarse a intervenciones que suponen niveles de alta exigencia, así como la imposibilidad de alcanzar resultados positivos en intervenciones que plantean objetivos que resultan, para muchas personas, irreales.

Estas críticas coinciden con el desarrollo, en los países de nuestro entorno, de nuevos paradigmas de intervención en el ámbito de los servicios sociales, que intentan dar una respuesta adecuada a esas carencias y limitaciones. Entre los modelos o enfoques más interesantes, cabe destacar los siguientes⁷:

- Calidad de vida y atención centrada en la persona. En el ámbito de la atención a las personas con

discapacidad, especialmente a las personas con discapacidad intelectual, se han desarrollado en las últimas décadas una serie de modelos o paradigmas de intervención –el modelo de apoyos y el modelo calidad de vida⁸, estrechamente relacionados– que suponen un cambio radical en relación con los modelos aplicados hasta la fecha y que se relacionan, además, con el paradigma de la atención centrada en la persona⁹.

- Individualización, autodeterminación y control. Como sostiene Aguirre (2013: 136), “soplan vientos de cambio en la intervención social. Una nueva revolución parece asomar en el horizonte: la revolución de la centralidad de la persona, de la confianza en que la persona acompañada va a poder recuperar su autonomía, su capacidad de asumir el timón de su propia vida”. Estrechamente relacionado con el enfoque de calidad de vida, la individualización de la atención constituye hoy un elemento clave en el ámbito de la intervención social¹⁰. Desde esa óptica, a lo largo de los últimos

⁸ Para Schalock y Verdugo (2007), calidad de vida es un estado deseado de bienestar personal que: a) es multidimensional; b) tiene propiedades éticas (universales) y émicas (ligadas a la cultura); c) tiene componentes objetivos y subjetivos; y d) está influenciada por factores personales y ambientales. De acuerdo con estos autores, los principios que guían la aplicación del modelo conceptual de calidad de vida en los servicios y apoyos proporcionados a las personas con discapacidad son que la calidad de vida: a) es multidimensional y tiene los mismos componentes para todas las personas; b) está influenciada por factores personales y ambientales; c) se mejora con la autodeterminación, los recursos, el propósito de vida y un sentido de pertenencia; y d) su aplicación debe basarse en la evidencia.

⁹ Si bien no está estrictamente referido a las personas mayores, el modelo de atención centrada en la persona se ha desarrollado preferentemente en nuestro entorno en el ámbito de la atención gerontológica. Este modelo constituye, sin duda, una forma de individualización y adaptación a las necesidades y expectativas de las personas usuarias de los servicios sociales cuya incorporación al ámbito de los servicios para la inclusión puede resultar de interés. Para Martínez Rodríguez (2011: 22), “la principal característica que define a los modelos de atención orientados en la persona, frente a otros modelos tradicionalmente diseñados desde la óptica de los servicios, es que se reconoce el papel central de la persona usuaria en su atención y, en consecuencia, se proponen estrategias para que sea ella misma quien realmente ejerza el control sobre los asuntos que le afectan. Esta es la principal aportación y lo realmente innovador de estos modelos frente a los que se orientan a los servicios, en los que aun estando entre sus objetivos la atención individualizada, el sujeto tiene un papel más pasivo y se sitúa como receptor de servicios, siendo los profesionales desde su rol de expertos quienes prescriben lo más adecuado a sus necesidades individuales”. Para esta misma autora, la atención centrada en la persona (ACP) aporta una visión radicalmente diferente de otros abordajes más clásicos que también buscan la atención individualizada: “la principal diferencia estriba en el rol activo que la ACP otorga a las personas usuarias y las consecuencias que ello genera en la relación asistencial y en el modo de intervenir. La atención individual puede dirigirse a cubrir las necesidades de la persona sin tener en cuenta su participación en el proceso. Sucede en las prácticas de corte paternalista donde los profesionales son quienes deciden todas las cuestiones de la vida cotidiana de las personas, desde la creencia que al tener la condición de expertos son quienes mejor pueden discernir sobre lo beneficioso para éstas. La ACP busca la personalización de la atención, entendiendo que cada individuo se construye como persona en procesos de apertura y comunicación con los demás. Pretende que cada persona (incluyendo también a quienes tienen mermada su autonomía) tome un papel de agente central y, en la medida de lo posible, activo. El objetivo no es solo individualizar la atención, sino empoderar a la persona desde la relación social, para que ella misma pueda seguir, en la medida de sus capacidades y deseos, gestionando su vida y tomando sus decisiones” (Martínez Rodríguez, 2013).

¹⁰ De acuerdo al Social Care Institute for Excellence (SCIE), la individualización o personalización implica reconocer a las personas como individuos con fortalezas, capacidades y preferencias, y poner

⁷ Algunas de las reflexiones y análisis que se recogen a continuación derivan del trabajo conjunto realizado por el SIIS Centro de Documentación y Estudios y Emaus Fundación Social en torno al proyecto Inclúe (<<http://emausinclue.com>>).

años se han desarrollado en el ámbito de la atención a las personas mayores y a las personas con discapacidad modelos de individualización que tienen como denominador común la búsqueda de dos objetivos estrechamente relacionados. Por una parte, una mayor individualización e integralidad de la atención, en la línea de los enfoques de calidad de vida, apoyos personalizados y atención centrada en la persona señalados anteriormente. Por otra, la búsqueda de un mayor empoderamiento de las personas usuarias de servicios sociales, una mayor capacidad de elección, el reconocimiento de su derecho a la autodeterminación y, en suma, al control de sus propias vidas. El movimiento de vida independiente, especialmente en el ámbito de la discapacidad, es un buen exponente de esta filosofía.

- Reducción de daños y espiralidad. Otra de las tendencias o cambios paradigmáticos que se han producido en los últimos años en el ámbito de las políticas sociales –y, más concretamente, en el de la salud pública y la atención a las drogodependencias– es la extensión de los programas de reducción de riesgos y daños, y el consiguiente desarrollo de programas denominados de baja exigencia o de bajo umbral¹¹. Más allá

éstas en el centro de los cuidados y servicios que reciben. El tradicional enfoque orientado a los servicios ha hecho que, a menudo, las personas no reciban el tipo de apoyo que precisan o prefieren: los enfoques personalizados se basan en la idea de que son las propias personas las que pueden identificar sus propias necesidades y tomar decisiones acerca de los apoyos que quieren recibir; para ello, es necesario que obtengan la información y el asesoramiento que necesitan para poder realizar decisiones informadas. Se trata, en definitiva, de poner a las personas en el centro de los sistemas, procesos, equipos y servicios (Carr, 2008). Las justificaciones de este énfasis en la individualización de las intervenciones son variadas. De un lado, se asume que un enfoque individualizado es la única forma de dar respuesta a las necesidades, deseos y expectativas particulares de cada usuario, y de adaptar los servicios y prestaciones que se le ofertan a su situación, huyendo de esquemas generalistas en los que las posibilidades del dispositivo –social, sanitario o educativo– se anteponen a las necesidades de la persona usuaria. Se asume igualmente que este tipo de enfoques resulta más eficiente, que favorece una mayor motivación por parte de las personas atendidas y, sobre todo, que permite un trabajo de acompañamiento social imprescindible para dar respuesta adecuada a las situaciones de exclusión social o laboral. El cambio hacia una mayor individualización viene también motivado por una demanda creciente de autodeterminación y control de la atención recibida por parte de las personas usuarias de los servicios sociales, insatisfechas a menudo con el carácter excesivamente rígido, incluso paternalista, de los modelos convencionales de intervención social.

¹¹ Íntimamente unido al de reducción de daños, el concepto de baja exigencia surge en Europa a finales de la década de los ochenta y principios de los noventa, unido a los nuevos modelos de intervención en el área de las drogodependencias. Parte de la consideración de que la persona drogodependiente dispuesta a desintoxicarse debe disponer de recursos que se lo faciliten, pero quien no quiera o no sea capaz de aceptar una desintoxicación, también debe contar con los dispositivos necesarios para sobrevivir, para lo cual es necesario crear recursos de baja exigencia (bajo umbral) que ofrezcan asistencia médica y social de base (Cáritas Diocesana de Bilbao y Médicos del Mundo, 2013). La baja exigencia es un concepto que surge entre los agentes sociales ante el fracaso continuado, en un sector de personas en situación de exclusión social, de la mayoría de los programas existentes en el tratamiento de toxicomanías y en los procesos de incorporación social en general, con todo tipo de perfiles. Surge como una necesidad de no crear excluidos dentro de los procesos de inclusión, ya que nos encontramos con un grupo importante de personas que inician procesos una y otra vez, que no se adecuan a su perfil. Hasta ese momento los procesos basaban gran parte de su contenido

de su aplicación específica en el ámbito de las adicciones, el concepto de la reducción de daños –que en algunos casos se ha entendido como trabajo social paliativo¹²– tiene una aplicación directa en el ámbito de la atención a las personas en situación de exclusión social, en la medida en que: a) abre la posibilidad a trabajar con personas que tienen dificultades graves para adaptarse a programas de alta exigencia, garantizando que reciben una atención básica que evite un mayor deterioro de su situación personal; y b) cuestiona el concepto de intervención escalonada o lineal, en virtud del cual los itinerarios de inclusión sólo pueden iniciarse en el momento en que la persona usuaria está preparada para un proceso de cambio, y en cambio, están diseñados para avanzar de forma progresiva hacia el objetivo de la inclusión. Como se ha visto en las páginas precedentes, la cuestión de la exigencia tiene también implicaciones directas en la asignación de las responsabilidades institucionales sobre los diversos recursos.

- Activación inclusiva. Por otra parte, frente al paradigma de inclusión activa en el que se basan las actuales políticas de inclusión social¹³, se ha puesto de manifiesto la necesidad de adoptar un modelo de activación inclusiva (SIIS Centro de Documentación y Estudios, 2012). Un modelo de este tipo requiere, en primer lugar, apostar por el concepto de inclusión frente al de normalización, pasando del modelo rehabilitador al modelo social¹⁴; y, en segundo lugar, reconocer la multidimensionalidad de la inclusión y aplicar una

educativo en el cumplimiento de normas de manera estricta y en cubrir una serie de etapas en unos determinados plazos. Normas que hacían referencia al cumplimiento de horarios, a la abstinencia en los consumos, el seguimiento de tratamientos pautados, la participación en las diferentes actividades y el comportamiento adecuado para una correcta convivencia dentro del recurso (Asociación Zubietxe y Fundación EDE, 2013).

¹² Para Soulet (2007), el trabajo social paliativo tiene por objeto evitar la desafiación en ausencia de posibilidades de integración y supone la extensión de las políticas de reducción de riesgos, evitando el empeoramiento de situaciones de exclusión.

¹³ A lo largo, al menos, de los últimos veinte años las políticas sociales de los países occidentales han experimentado una serie de cambios que cabe englobar bajo el paradigma genérico de la activación, si bien coexisten dentro de este paradigma medidas y políticas de muy diversas características y que responden a objetivos muy diferentes. Aunque no existe un acuerdo unánime a la hora de definir el concepto, la base común que subyace a las políticas de activación es la de que el empleo remunerado constituye la forma privilegiada de acceso a los derechos sociales o de ciudadanía, y la de que la inserción laboral constituye la herramienta básica para la inclusión social (SIIS Centro de Documentación y Estudios, 2012).

¹⁴ En nuestro entorno, sin duda, el término de inclusión se ha venido utilizando fundamentalmente como sinónimo o equivalente del de integración y son pocas –aunque existen– las conceptualizaciones en las que se ha establecido una diferenciación clara y argumentada entre uno y otro. Así, el concepto de inclusión se ha utilizado como sinónimo de integración e incluso de normalización, conceptos sometidos a ciertas críticas, por ejemplo, en el ámbito de la discapacidad, por su identificación con el modelo médico o rehabilitador de la discapacidad. La inclusión, por ello, ha sido en ocasiones definida como un avance respecto al modelo de normalización/integración. Desde ese punto de vista, y de forma un tanto simplista, frente a la idea de integración, el concepto de inclusión podría vincularse en cierta forma al modelo social de la discapacidad, en la medida en que el énfasis deja de estar centrado en las características individuales y pasa a ponerse en el carácter más o menos excluyente de los entornos sociales.

concepción amplia de la empleabilidad. Efectivamente, la aplicación de un modelo inclusivo de activación exige aceptar la multicausalidad de la exclusión y sus implicaciones. Si bien existe un consenso general a la hora de definir la exclusión social como la acumulación de desventajas en ámbitos muy diferentes de la vida de la persona –educación, vivienda, salud, empleo, derechos políticos, relaciones personales, ingresos–, esta concepción multicausal y multidimensional de la exclusión no se corresponde con determinadas formas de activación, que, al equiparar de forma exclusiva inclusión social con inserción laboral, no tienen en cuenta el componente multidimensional de los procesos de inclusión. En ese sentido, si bien resulta evidente que el acceso al empleo remunerado es un factor esencial de inclusión social, no debe olvidarse que el empleo no es, en sí mismo o por sí sólo, suficiente para garantizar la inclusión; de hecho, puede igualmente pensarse que, en determinados casos o situaciones, los procesos de inclusión no requieren necesariamente de la inclusión laboral y que pueden existir otras dimensiones vitales sobre las que resulta prioritario trabajar¹⁵.

Ello implica la necesidad de construir un modelo de inclusión social que, si bien debe estar prioritariamente centrado en el acceso al empleo normalizado, debe estar también abierto a otras actividades socialmente valoradas. Sin desconsiderar el papel que el trabajo tiene en términos de realización personal y en la satisfacción vital de muchas personas, es cierto que el valor del trabajo debería interpretarse desde presupuestos más pragmáticos, abriéndose, como tantas veces se ha dicho, al conjunto de las actividades socialmente valoradas. En esa línea, son muchos los autores que han abogado por un concepto de activación que no se circunscriba al empleo remunerado, y que valore otras clases de aportación a la sociedad, principal, aunque no únicamente, en el ámbito de los cuidados familiares y de la acción comunitaria¹⁶. En ese sentido, el principio de reci-

procidad justa al que se ha hecho referencia en otros trabajos implica la necesidad de no ignorar o privilegiar arbitrariamente ciertas formas de contribución sobre otras, evitando equiparar de forma reduccionista el concepto de contribución productiva con el de empleo remunerado (SIIS Centro de Documentación y Estudios, 2012).

Sobre la extensión de estos paradigmas y planteamientos en el marco de los servicios sociales guipuzcoanos, hay que decir, en todo caso, que el Servicio de Inserción Social, Atención a las Mujeres Víctimas de la Violencia Machista y Urgencias Sociales asume, en su modelo de intervención, algunos de estos planteamientos, al incorporar los conceptos de calidad de vida, derechos y apoyos a su misión y al decálogo que orienta su actuación. Más concretamente, el modelo de intervención que se plantea en ese documento (págs. 9-22) aboga por un enfoque “psicosocial (personas en interacción con su entorno), comunitario (programas y servicios cercanos al entorno del sujeto, inclusivos, en entornos normalizados), ecológico conductual (el ajuste es una función del comportamiento y el contexto, Ajuste = Comp. x Context.) y de competencias (centrado en entrenar habilidades y capacidades, y ofrecer apoyos complementarios en entornos adaptados), basado en la metodología de la planificación centrada en la persona (PCP), los apoyos, el apoyo conductual positivo (ACP) y la calidad de gestión, orientado siempre a la obtención de resultados en la calidad de vida desde un enfoque ético y de derechos”.

¿De qué forma se están materializando estos enfoques en los servicios sociales de otros países de Europa? ¿Cuáles son las tendencias más significativas que se desarrollan en los países de nuestro entorno con relación a estas cuestiones?

Una de las materializaciones más claras de los enfoques teóricos a los que se ha hecho referencia es el llamado modelo *housing first*, desarrollado inicialmente en los Estados Unidos y cada vez más extendido en la Unión Europea y en el Estado español. Este modelo de atención a las personas sin hogar está modificando –al menos desde el punto de vista teórico– el ámbito de la atención a las personas sin hogar en Europa y en América, y supone un cambio filosófico radical, que recoge

¹⁵ Efectivamente, tal y como explica Pérez Eransus (2006: 87), “si entendemos la inserción como un proceso de adquisición de capacidades para mejorar la autonomía y la independencia, no conviene reducir dicho proceso únicamente a la realización de una actividad laboral o formativa. La inserción es un proceso de apoyo social continuado que debiera conllevar una sinergia de recursos que incluyen, además de la realización de actividades, la adquisición de habilidades, la solución de problemáticas sociales, el acceso a los sistemas de protección y otros”. Así, como señala en otro artículo la misma autora (Pérez Eransus, 2009: 285), en los últimos años se tiende a defender “una concepción más amplia del término activación que trata de trascender el ámbito de lo laboral, incluyendo ámbitos como el de la participación social, las relaciones sociales o el ocio. Bajo esta concepción, las políticas de activación estarían orientadas a favorecer el aumento de la participación social de las personas excluidas. Esta última definición de activación la acercan más a otros conceptos de mayor tradición en el ámbito de la intervención social con población en situación de dificultad, como puede ser el de inserción o incorporación social. En ambos casos se hace referencia aquellos procesos de acompañamiento social que buscan la promoción de la autonomía de las personas a través de la mejora de sus condiciones de vida y sus capacidades”.

¹⁶ Esta reflexión lleva también a la necesidad de que los programas de inclusión trabajen, al margen de la empleabilidad, otras di-

mensiones vitales, como puede ser el ocio. En ese sentido, para la Federación SARTU (2013: 59), “el ocio constituye un vehículo inmejorable para la creación de lazos de unión entre personas en igual o distinta situación social. Aunque tradicionalmente se asocia de forma simplista con la diversión, el ocio tiene un potencial de desarrollo humano, al facilitar que las personas, las comunidades y las sociedades accedan a grados superiores de humanización. Socialmente el ocio tiene un gran potencial como motivador de dinámicas de participación, cohesión e identificación social; pero también como ámbito de desarrollo experiencial. La cultura, el turismo o el deporte, por ejemplo, pueden convertirse en espacios públicos que faciliten dinámicas de ayuda mutua, al generar vínculos cognitivos y afectivos entre las personas participantes. En este sentido, el ocio ayuda a contrarrestar el aislamiento y pobreza relacional que sufren buena parte de las personas vulnerables o en exclusión. Además, favorece el desarrollo comunitario, al fortalecer sentimientos de integración y favorecer el entendimiento y la interacción entre diferentes”.

buna parte de los elementos conceptuales a los que se ha hecho referencia en las páginas precedentes. De acuerdo con el Grupo de Alojamiento de EAPN Madrid (2013), el modelo *housing first* se basa en una intervención temprana en vivienda, proporcionando viviendas asequibles y permanentes a personas que vienen directamente de la calle o de dispositivos de emergencia, ofreciendo un apoyo social y de salud de carácter intensivo. De algún modo, la idea de *housing first* (vivienda primero, en inglés), se contrapone a la idea previa de tratamiento primero, que subyace a las concepciones tradicionales de intervención con las personas sin hogar. El éxito de esta estrategia ha hecho que numerosos países de la Unión Europea la hayan incorporado –con un concepto más amplio y con muchas variantes– como su línea principal de estrategia de erradicación del sinhogarismo.

El modelo *housing first* fue desarrollado inicialmente por la organización Pathways to Housing de Nueva York a principios de la década de 1990. Esta organización fue fundada por el psicólogo Sam Tsemberis como forma de conseguir alojamientos alternativos a la calle o a los albergues para las personas que padecían enfermedades mentales. Este modelo tiene como objetivo prioritario alojar a la persona en una vivienda estable tan pronto como sea posible, aplicando los siguientes principios básicos: consideración de la vivienda como un derecho humano básico; respeto, cercanía y compasión para todos los usuarios; compromiso de trabajar junto a las personas usuarias durante todo el tiempo que lo precisen; alojamiento en viviendas dispersas e independientes; separación de los servicios de vivienda y tratamiento, en la medida en que el acceso a la vivienda se considera un derecho y el tratamiento de las adicciones o de los eventuales problemas de salud mental una opción personal; elección y autodeterminación; orientación hacia la recuperación; y reducción de daños. Además, el programa desarrollado por Pathways to Housing se define por los siguientes elementos clave (Grupo de Alojamiento EAPN Madrid, 2013):

- Se dirige exclusivamente a personas que sufren enfermedades mentales y trastornos de adicción.
- Proporciona acceso inmediato a una vivienda asequible y permanente directamente desde la calle o desde los dispositivos de emergencia.
- Se recomienda a los usuarios la participación en un tratamiento de salud mental o la reducción de las drogas y el consumo de alcohol, si bien no es obligatorio hacerlo para acceder a la vivienda, mantenerse en ella ni para recibir apoyo social.
- Se realiza una intervención integral, a través de lo que llaman un equipo de tratamiento asertivo comunitario (ACT). Se trata de un equipo multidisciplinar del ámbito social y de salud: especialistas en toxicomanías, enfermeros, psiquiatras, trabajadores sociales, personal de ayuda mutua y orientadores laborales. Los equipos se encuentran fuera del emplazamiento donde está situada la vivienda, pero están disponibles telefónica-

mente las 24 horas del día, siete días a la semana. El uso de estos servicios es de carácter voluntario, pero se anima a participar a los usuarios y se les pide reunirse con el equipo al menos una vez a la semana. Se ofrecen servicios de asesoramiento económico para asegurar el pago del alquiler y otras facturas.

- La vivienda se proporciona a través de un contrato de arrendamiento sin límite de tiempo, y la prestación del servicio está disponible todo el tiempo que sea necesario. La vivienda y el apoyo social se mantienen independientes entre sí.
- Se hace hincapié en la importancia de la elección como un elemento central del enfoque *housing first*. Los participantes pueden elegir el tipo, la frecuencia y la secuencia de los servicios. Pueden elegir su barrio y el apartamento en función de su disponibilidad, así como muebles y menaje del hogar.
- Se subraya también la necesidad de utilizar viviendas dispersas –es decir, que no haya más de una cantidad de alojamientos en un mismo edificio (el 15 %)–, con el fin de promover la integración.

El cuestionamiento de la intervención lineal al que antes se ha hecho referencia es otro de los elementos que caracterizan este enfoque. Efectivamente, muchas veces se conceptualiza el modelo *housing first* en oposición al modelo en escalera (Johnsen y Teixeira, 2010), que sigue siendo el dominante en la prestación de servicios en la mayoría de países de la Unión Europea, en el que las personas sin hogar van superando escalones a través de diversos servicios residenciales, vinculados a la resolución de cuestiones sociales y de salud antes de convertirse en lo que llaman *housing-ready* (personas preparadas para acceder a una vivienda).

Junto con el cuestionamiento de la intervención lineal, el modelo *housing first* se basa también en los conceptos de reducción de daños y de baja exigencia. Sin duda, el concepto de reducción de daños es un componente esencial del modelo *housing first*, en la medida en que plantea un modelo de atención a las dependencias ‘a demanda’, en el que no se fuerza a las personas usuarias a participar en determinados tratamientos y en el que el acceso a la vivienda no se condiciona a la participación en tales programas. Este enfoque implica la posibilidad de que las personas que participan en estos programas puedan mantener sus consumos –siempre que no molesten a otras personas–, la necesidad de que la oferta de vivienda se complemente con la existencia de recursos sociosanitarios para la reducción de daños (como salas de consumo supervisado o programas de reparto de jeringuillas), y la adopción de cambios organizativos que permitan combinar los servicios de apoyo en la vivienda y de reducción de daños (Pauly *et al.*, 2013).

Debe también destacarse cómo este tipo de modelos enfatizan la individualización de la atención y

la desinstitucionalización, en la medida en que, en todas las experiencias, el acceso a la vivienda se plantea en alojamientos individuales y dispersos, ubicados en viviendas ordinarias. La importancia de la individualización radica en: a) la importancia que el modelo concede a la prestación de apoyos permanentes, flexibles e individualizados, tan intensos como sea posible, pero en cualquier caso de carácter voluntario; y b) el énfasis que se da a la capacidad de autodeterminación y control por parte de las personas usuarias con relación a los servicios que reciben.

Estos dos elementos son, precisamente, la base de otro de los enfoques que está modificando la forma de gestionar y entender los servicios sociales: la extensión de la filosofía de la vida independiente, como plasmación del derecho a la individualización de la atención, y de su materialización mediante los presupuestos individuales o la asistencia personal. Este movimiento, muy anclado en la defensa de un modelo social de discapacidad¹⁷ (por contraposición al hasta entonces imperante modelo médico), activamente promovido por las organizaciones de defensa de los derechos de las personas con discapacidad –especialmente por adultos jóvenes con discapacidad física–, ejerció fuertes presiones y lideró una reivindicación básica para ese colectivo: el derecho a vivir de forma independiente, fuera del marco institucional, adoptando sus propias decisiones en relación con su forma de vida, y también en relación con las alternativas de atención y apoyo que pudieran necesitar para llevar una vida autónoma. Progresivamente, se unieron a esta corriente las voces de otros colectivos, como manifestación generalizada de un cierto descontento con el funcionamiento de un sistema que estimaban excesivamente rígido (SIIS Centro de Documentación y Estudios, 2011b). La filosofía de vida independiente se sustenta en siete principios básicos: derechos humanos y civiles, autodeterminación, desinstitucionalización, desvinculación del modelo médico, empoderamiento, apoyo entre iguales y responsabilidad sobre la propia vida.

¹⁷ El modelo de vida independiente nace de la crítica de los modelos basados únicamente en el individuo, y de presentar la diversidad funcional como una ‘desgracia’ personal, sin tener en cuenta el entorno social. Este modelo se basa en el reconocimiento de dos hechos con importantes consecuencias para las personas con diversidad funcional: la discriminación socioeconómica y la medicalización de la diversidad funcional. Considera el fenómeno fundamentalmente como problema de origen social y como un asunto centrado en la completa integración de las personas en la sociedad. La diversidad funcional no es un atributo de la persona, sino un complicado conjunto de condiciones, muchas de las cuales son creadas por el contexto o el entorno social. Desde este modelo, ya no se concibe a las personas con diversidad funcional como problemas, sino que lo que existe son prácticas ‘discapacitantes’. En otras palabras, la concepción de la diversidad funcional es ante todo un constructo social, ya que el entorno social juega un papel crucial en los procesos discriminatorios hacia estas personas. Por consiguiente, se centra el problema en una cuestión ideológica o de actitud, más que en la deficiencia en sí, lo que precisa de cambios sociales para hacer posible la participación de las personas con diversidad funcional en todas las áreas de la vida social. Así pues, la eliminación de todo tipo de barreras (arquitectónicas, urbanísticas, de transporte, sociales y actitudinales) es tan importante como los avances médicos para el tratamiento de las diversidades funcionales (Iñáñez, 2010).

Hay dos herramientas o líneas de acción que cabe destacar a la hora de entender cómo se ha materializado, básicamente en el ámbito de la discapacidad, la opción por la individualización de las intervenciones y el empoderamiento de las personas usuarias:

- La figura del asistente personal. Una de las reivindicaciones fundamentales del movimiento de vida independiente ha sido la extensión, como derecho, de la figura del asistente personal, concebida como un apoyo para la inclusión de las personas con discapacidad en todos los ámbitos de la vida cotidiana. Según Rodríguez-Picavea y Romañach (2007: 1.984), “un asistente personal es una persona que ayuda a otra a desarrollar su vida. El asistente personal es, por tanto, aquella persona que realiza o ayuda a realizar las tareas de la vida diaria a otra persona que, por su situación, bien sea por una diversidad funcional o por otros motivos, no puede realizarlas por sí misma. Esta ayuda está regulada por un contrato profesional en el que el usuario o usuaria, habitualmente la persona con diversidad funcional o el representante legal de una persona con diversidad funcional, es la parte contratante. La existencia del asistente personal se basa en el deseo y el derecho de las personas con diversidad funcional a controlar su propia vida y a vivirla con la dignidad que conlleva estar en igualdad de oportunidades con el resto de la ciudadanía”.
- Los presupuestos individuales. Otro de los elementos que se derivan de esta apuesta por la autodeterminación y la autonomía de las personas usuarias de servicios sociales es el desarrollo de modelos de prestaciones económicas para la adquisición de servicios de atención y cuidado, directamente por parte de la persona afectada, en el mercado ordinario, mediante el recurso a cheques-servicio, presupuestos individuales y otras figuras similares. Si bien es cierto, que en algunos casos, el desarrollo de estas formas de provisión –que, en el ámbito de la dependencia en España podría equipararse a la prestación económica vinculada al servicio– se justifica por la necesidad de reducir el coste que supone la prestación directa o concertada de servicios de atención directa, no se puede negar que responde también a la demanda de determinados colectivos de personas usuarias, que consideran su derecho poder elegir, organizar, contratar y supervisar directamente los servicios que precisan.

Especialmente desarrollados en países como Reino Unido u Holanda, estos modelos se basan en la idea de entregar a las personas con derecho a acceder a los servicios sociales una asignación económica específica para que ellas mismas sean quienes, con el apoyo que precisen, contraten, gestionen y coordinen su paquete de atención¹⁸.

¹⁸ Si bien no han tenido un desarrollo muy amplio en el ámbito de la exclusión, en el Reino Unido se ha planteado extender el derecho a percibir este tipo de presupuestos individuales a las personas sin hogar y se han desarrollado programas piloto para evaluar su resultado. En 2010, un distrito de Londres, en colaboración con una entidad es-

Las evaluaciones realizadas en relación con este tipo de modelos no ofrecen resultados concluyentes, en la medida en que se dirigen a colectivos de personas usuarias muy diversos, y se articulan también de forma muy diferente. Para Netten *et al.* (2011), las evaluaciones realizadas ponen de manifiesto que los sistemas de este tipo –sus datos hacen referencia al sistema inglés de presupuestos individuales– pueden mejorar los resultados de la atención prestada a las personas mayores, en la medida en que favorecen el sentimiento de mayor control, si bien este efecto positivo depende mucho del tipo de persona usuaria y de su capacidad para articular un paquete de cuidados de forma autónoma. De acuerdo con estas evaluaciones, los resultados parecen ser positivos para las personas con enfermedad mental y para las personas adultas con discapacidad física o sensorial. Para las personas mayores, por el contrario, los resultados son, en general, menos positivos.

Es importante subrayar, para terminar, que la Cartera de Servicios Sociales del País Vasco contempla dos prestaciones específicamente relacionadas con estos enfoques: el servicio de apoyo a la vida independiente (2.7.2.1) y la prestación económica de asistencia personal (3.1.1). Si bien es verdad que ambas están originalmente pensadas para personas con discapacidad o dependencia, podrían servir como base para extender de forma experimental este tipo de enfoques al ámbito de la exclusión social. No debe olvidarse, por otra parte, que la Diputación Foral de Gipuzkoa ha sido pionera tanto en la aplicación de la prestación económica de asistencia personal (a finales de 2013, la recibían casi dos mil personas en Gipuzkoa, donde se concede la práctica totalidad de las prestaciones concedidas en el Estado español) como en el desarrollo de programas de apoyo a la vida independiente (los mejores exponentes de ese enfoque son el programa de apoyo a la vida independiente desarrollado desde 2004 por la Diputación Foral de Gipuzkoa y, entre los promovidos por la iniciativa privada, el programa Solos de Atzegi).

pecializada en el trabajo con personas sin hogar, desarrolló y evaluó un proyecto piloto destinado a la mejora de la calidad de vida de personas sin techo y en situación de exclusión social extrema, mediante un programa de apoyo personalizado que incluía la concesión de un presupuesto individual para el acceso a diversos bienes y servicios, entre ellos, una vivienda independiente. Participaron en el programa un total de 15 personas que hasta entonces pernoctaban en las calles del centro de la ciudad, y que llevaban un número elevado de años, entre 4 y 45, en esa situación (Hough y Rice, 2010). La principal conclusión de la evaluación realizada pone de manifiesto que incluso las personas con una trayectoria de sinhogarismo más dilatada, y más reacias a acceder a recursos residenciales que consideran poco adaptados a sus necesidades, eligen abandonar la calle cuando se les da el control de las condiciones en las que se realiza ese cambio. La clave, a juicio de los autores de la evaluación, radica en preguntar a las personas potencialmente usuarias del programa qué es lo que quieren o necesitan, en lugar de ofrecerles una alternativa específica ya predefinida.

5. Valoración de los agentes consultados

Como ya se ha señalado, el análisis cualitativo realizado para la elaboración del informe se basa en las opiniones expresadas en las cerca de 20 entrevistas y reuniones mantenidas con medio centenar de personas, que representan a 30 entidades públicas y privadas, al objeto de conocer cómo valoran la situación de la red de recursos y sus principales carencias. Tanto la elección de una metodología cualitativa como la selección de las personas y entidades a las que se solicitó su participación en el debate corresponden al Servicio de Inserción Social, Atención a Mujeres Víctimas de Violencia Machista y Urgencias Sociales de la Diputación Foral de Gipuzkoa. Los principales resultados de ese análisis son los siguientes.

5.1. Necesidad de actualizar conceptualmente el modelo de intervención

Antes ya se ha indicado que una parte importante de las personas consultadas hacen hincapié en la necesidad de actualizar los planteamientos filosóficos o conceptuales que rigen el funcionamiento de la red de recursos para la inserción y, especialmente, los recursos de atención secundaria.

Por una parte, algunas de las personas consultadas, no todas, consideran que el modelo actual está excesivamente orientado hacia la inclusión laboral, y muy basado en la lógica de la activación y en la equiparación entre inclusión social e inclusión laboral. No cabe duda de que la filosofía de la inclusión activa¹⁹ constituye un planteamiento de interés, aceptado y promovido desde las instituciones europeas, y que el modelo vasco de garantía de ingresos y de inclusión social se asienta en este enfoque. Sin embargo, algunas de las personas consultadas consideran que no siempre las personas en situación de exclusión social extrema están en disposición de acceder a un puesto de trabajo ordinario y que, por tanto, establecer la inclusión laboral como el objetivo fundamental y el indicador de éxito de todo el proceso de inclusión implica un riesgo elevado de fracaso y frustración, tanto para las personas como para los equipos responsables de la intervención.

Además, se considera que la aplicación estricta del principio de activación no tiene suficientemente en cuenta el carácter multidimensional de la exclusión –que se deriva de la acumulación de situaciones de desventaja en diversos ámbitos de la vida cotidiana– cuando equipara la inclusión social a la mejora de la situación en uno sólo de esos ámbitos vitales (el empleo asalariado). El modelo clásico de activación tampoco tiene suficientemente en cuenta ni el incremento del desempleo registrado en los últimos años, ni la erosión de la capacidad inclusiva del empleo que se deriva de la creciente precarización del mercado laboral.

¹⁹ Véase la nota 13.

No todas las personas consultadas consideran, en todo caso, que el modelo de atención vigente en Gipuzkoa esté orientado exclusivamente hacia la inclusión laboral. Se argumenta, en ese sentido, que el 50 % de las salidas de los centros se consigue mediante una inclusión laboral. Desde ese punto de vista, se señala que Diputación valora este hecho, pero en ningún caso obliga o presiona o enfoca exclusivamente los recursos para que sea así.

Otra de las cuestiones objeto de debate se refiere al carácter más o menos ‘rehabilitador’ de las políticas de inclusión desarrolladas en Gipuzkoa. Para algunas de las personas consultadas, se trata de un modelo eminentemente finalista, en el que la conciencia del problema y la motivación para el cambio resultan criterios esenciales para el acceso a los recursos. Esas personas consideran que, si bien es evidente que para muchas personas este enfoque es el adecuado, en la medida en que pueden y necesitan participar en procesos breves e intensos de apoyo, acompañamiento o rehabilitación psicosocial que les permitan (re)integrarse con cierta rapidez a la vida ordinaria, este enfoque no se adapta a personas en situaciones severas de exclusión, con recaídas frecuentes, que difícilmente pueden reintegrarse a un modelo de vida ordinario o convencional.

Frente a esta visión finalista (que se vincula, a su vez, al modelo médico o rehabilitador de la discapacidad), esas personas abogan por aplicar –al menos a algunas de las personas atendidas en la red– un enfoque más orientado a la contención, la reducción de daños y la garantía de unos niveles mínimos de calidad de vida. Se aboga, en ese sentido, por un modelo organizativo y unas prácticas profesionales más flexibles y menos rígidas, menos normativas, con una carga socioeducativa en ocasiones menor, que asuman conceptos –como la cronicidad²⁰ o la asistencia– hasta ahora poco valorados en el ámbito de la inclusión social²¹. También en este caso hay que señalar que estas consideraciones no son compartidas por todas las personas consultadas: algunas de esas personas argumentan, por una parte, que ese esquema responde a la normativa vigente y, por otra, que las personas que no pueden o quieren participar en procesos de inclusión social han de ser atendidas desde la atención primaria.

5.2. Dificultades en los procesos de valoración y acceso a los recursos

A juicio de muchas de las personas entrevistadas, el modelo de diagnóstico, valoración y derivación establecido en la Ley de Servicios Sociales presenta diversas dificultades. En primer lugar –a juicio al

menos de algunas de las personas encuestadas, no todas–, no se ha conseguido que, en la práctica, los servicios sociales de base sean la puerta efectiva de entrada al sistema. Se considera, en ese sentido, que en ocasiones la puerta de entrada a los recursos es la propia entidad que los gestiona, que es quien inicia el procedimiento y quien mantiene el control sobre él. En esos casos, el papel de los servicios sociales de base suele ser meramente administrativo, en cierta forma testimonial, limitándose a la tramitación administrativa de unas solicitudes que parten del propio recurso o entidad. Se trata en ocasiones de personas que ya están en la práctica siendo atendidas por las entidades del tercer sector, y que no son suficientemente conocidas por los servicios sociales de base del municipio en el que residen (en ocasiones, están recién empadronadas o, incluso, están empadronadas en las dependencias de las propias entidades). En ausencia de una valoración inicial real desde los servicios sociales de base y de un plan de trabajo compartido, no puede decirse que en estos casos el procedimiento responda realmente a lo establecido en la Ley 12/2008, y se producen situaciones frecuentes de incomunicación, duplicidad de tareas y descoordinación entre unos agentes y otros.

Otro de los problemas que se pone de manifiesto es la todavía escasa y desigual implantación de las distintas herramientas de diagnóstico y valoración promovidas desde el Gobierno Vasco, que no son utilizadas de forma sistemática por todos los ayuntamientos. En todo caso, aunque el instrumento de valoración de la exclusión se valora en general de forma positiva, algunas personas indican que a veces se presta una atención excesiva a los procedimientos de diagnóstico y valoración –mayor incluso que a la propia intervención–, y señalan el riesgo de que las herramientas de diagnóstico y valoración se apliquen, en la práctica, como mecanismo de exclusión de los servicios de personas que no pueden cumplir los requisitos de acceso o no se adaptan a las características del centro o la entidad que presta el servicio. A juicio de estas personas, el carácter rehabilitador y lineal de los recursos al que se ha hecho referencia en el apartado anterior se materializa en la normativa de acceso, lo que se traduce en una aplicación excesivamente rígida y restrictiva de los criterios de acceso y permanencia en los recursos.

Por otra parte, y aunque se considera que a lo largo de los últimos años la situación ha mejorado, se pone de manifiesto una cierta opacidad a la hora de resolver las solicitudes de acceso a los recursos de atención secundaria, con resoluciones denegatorias que no siempre se justifican adecuadamente y que en ocasiones no tienen en cuenta la valoración profesional realizada desde los servicios sociales de base. En el mismo sentido, se hace también referencia a los plazos excesivamente dilatados en los que se resuelven las solicitudes de admisión a los recursos, y a la excesiva complejidad de los trámites administrativos que se requieren. No todas las personas consultadas están, sin embargo, de acuerdo con estas valoraciones: se señala, en ese sentido, que el retraso en

²⁰ En el ámbito de la salud, por el contrario, la cronicidad no sólo se acepta, sino que su adecuado manejo se convierte en la base del sistema de salud.

²¹ Este planteamiento coincide, como se ha señalado previamente, con algunos de los que se vienen desarrollando en el marco de la atención a las personas en situación de exclusión social extrema (como el modelo *housing first*).

atender a las personas también se da en la atención primaria y que, en ocasiones, las solicitudes que se remiten desde los ayuntamientos son incompletas o insuficientes, lo que justifica la necesidad de solicitar información adicional que, lógicamente, retrasa los trámites de cualquier solicitud.

5.3. Indefinición de las tareas de acompañamiento, seguimiento y gestión de casos

Para algunas de las personas consultadas, el sistema de profesional responsable, referente o de gestión de casos que marca la Ley de Servicios Sociales funciona con dificultades importantes en lo que se refiere a las personas en situación o riesgo de exclusión, y, como consecuencia, la continuidad de la atención no está suficientemente garantizada. Se señala al respecto que existe todavía gran confusión entre diferentes conceptos o prestaciones –referente de caso, responsable de caso, acompañamiento individualizado– y que no existe en la práctica una definición comúnmente aceptada de esas prestaciones. También se insiste en que, de la misma forma en que hay más de una puerta de entrada de acceso a los recursos, no está siempre claro quién debe cumplir esa función de referente, y se producen en ocasiones duplicidades (con más de una persona cumpliendo la misma función) o, por el contrario, lagunas.

Además, algunas de las personas consultadas señalan que los servicios sociales de base no están dotados de recursos personales y organizativos suficientes para realizar en condiciones adecuadas su labor de responsable o de referente de casos, aun cuando las funciones y responsabilidades en ese ámbito estuvieran adecuadamente delimitadas. También señalan algunas personas la escasa consideración que, en los servicios de atención secundaria, se da a los diagnósticos y valoraciones realizados en los servicios sociales de base y al perjuicio que ello supone para la eficiencia del sistema en general, y para la idea de referencialidad y la continuidad de las intervenciones en particular.

Junto a estas cuestiones más o menos generales, se plantean dos aspectos concretos en relativos al procedimiento de seguimiento de los casos: la desigual valoración de los programas de acompañamiento especializado puestos en marcha por la Diputación Foral, por una parte; y la demanda de algunas personas que trabajan en el ámbito de la atención primaria de participar de alguna manera en la asignación de recursos que se realiza en el ámbito de la atención secundaria, por otra.

5.4. Dificultades para determinar los límites entre (o las funciones de) la atención primaria y secundaria

Para algunas de las personas consultadas, una de las cuestiones que plantea más dificultades relativas a la ordenación de la red de servicios sociales para la inclusión social en Gipuzkoa es la estructuración

competencial de los recursos y, más concretamente, la delimitación entre las funciones que corresponden a los servicios sociales de atención primaria y secundaria. Tampoco en este ámbito, sin embargo, puede hablarse de unanimidad: mientras que para algunas personas los criterios delimitadores establecidos en la Ley 12/2008 de Servicios Sociales y en el borrador del Decreto de Cartera son suficientemente claros, para otras esa delimitación no permite distinguir las funciones que debe cumplir cada tipo de centro en un continuo coherente de atención y dificulta asignar responsabilidades claras a los diversos niveles administrativos. Esta situación afecta al conjunto de los servicios sociales, pero es especialmente evidente en el ámbito de la inclusión social, y provoca dificultades –e incluso conflictos– relativamente graves, que dificultan tanto la adecuación de las intervenciones como la creación de un continuo de servicios claro y coherente.

Como se sabe, la Ley 12/2008 establece un catálogo de servicios y asigna, en general, los considerados como de atención primaria a los ayuntamientos y los considerados de atención secundaria a las diputaciones forales. Si bien en algunos casos el servicio prestado corresponde a un único nivel competencial –no hay, por ejemplo, servicios de ayuda a domicilio de competencia foral o servicios de apoyo a la adopción de competencia municipal–, en muchos casos se establece un sistema doble, en función del cual el mismo servicio corresponde a los dos niveles institucionales, diferenciándose el servicio en lo que se refiere a la intensidad de la atención, los objetivos de la intervención, el nivel de exigencia o la población potencialmente atendida.

Para algunas de las personas consultadas, si bien en lo conceptual, o en otros ámbitos los servicios sociales, esta delimitación de funciones ha podido resultar adecuada, en el caso de la exclusión social ha generado más problemas que soluciones, debido a su escasa claridad²². Desde esa óptica, algunas de las principales dificultades que plantea el modelo vigente serían las siguientes:

- Ausencia de criterios claros para diferenciar operativamente el contenido de determinados centros o servicios de atención primaria o secundaria (servicios de atención diurna y centros de día, o servicios de acogida nocturna y centros de acogida nocturna, por ejemplo).
- No inclusión en el Decreto como potenciales usuarios de algunos servicios o centros a las personas en situación de exclusión. Así, por ejemplo, el servicio de intervención socioeducativa y psicosocial de atención primaria (1.3), que incluye la educación de calle, se dirige a las personas en situación de riesgo de exclusión, y no a aquéllas en situación de exclusión social grave. No existe, en la atención secundaria, ningún servicio de intervención en

²² Algunas de las personas consultadas se preguntan, por el contrario, cómo se puede decir que el Decreto de Cartera no funciona adecuadamente si aún no ha entrado en vigor.

medio abierto dirigido a las personas en situación de exclusión, por lo que, estrictamente hablando, ninguna institución tendría la responsabilidad de ofrecer servicios de educación de calle o intervención en medio abierto con personas en situación de exclusión social grave, que juegan en otros países, y en otras ciudades de la CAPV, un papel muy importante en el abordaje del sinhogarismo²³.

El Decreto de Cartera tampoco prevé la prestación de servicios de intervención socioeducativa y/o psicosocial con familias, que recaen en el ámbito de la atención secundaria, a personas en situación o en riesgo de exclusión, dado que estos servicios se dirigen específicamente a las personas en situación de desprotección.

Para otras personas consultadas, sin embargo, la delimitación entre los servicios de atención primaria y secundaria que se realiza en la Ley 12/2008 de Servicios Sociales y en el borrador del Decreto de Cartera es suficientemente clara y operativa. Se afirma en ese sentido que, de acuerdo con el borrador del Decreto de Cartera, los recursos de atención secundaria precisan de conciencia del problema y motivación para el cambio: es decir, los recursos de media y alta exigencia son competencia de las diputaciones y los recursos de atención primaria centrados en la contención y reducción de daños –es decir, los recursos de baja exigencia– son competencia municipal. Desde esta óptica, este esquema es perfectamente compatible con la existencia de recursos de atención secundaria para aquellas personas que precisan, quieren y pueden hacer un proceso de inclusión social, de tal forma que atención primaria y secundaria jugarían un papel complementario.

Para estas personas, por tanto, la diferencia entre servicios de atención primaria y secundaria está clara: los recursos no se diferencian competencialmente por el nivel de intensidad, sino por el nivel de exigencia, pudiendo haber recursos de atención primaria de media o alta intensidad. Ello permite, a juicio de estas mismas personas, que la red de atención pueda ofrecer unos servicios que salgan de la lógica finalista y rehabilitadora a la que antes se ha hecho referencia, si bien este tipo de enfoques quedaría circunscrito a la atención primaria. Se plantea, en ese sentido, que el enfoque orientado hacia

la contención, la reducción de daños y la garantía de unos niveles mínimos de calidad de vida al que antes se ha hecho referencia, y que se ha señalado como una carencia del sistema, pasan fundamentalmente por un reforzamiento de los recursos de atención primaria: lo que no puede plantearse, sostienen estas personas, es que la atención secundaria se transforme para dar respuesta a las necesidades no atendidas por la atención primaria.

También existen ciertas disparidades en relación con una cuestión clave: en qué medida el borrador del Decreto de Cartera consensuado por Eudel, Gobierno Vasco y las tres diputaciones –ya aprobado y publicado en el BOPV a la hora de redactar este artículo (Decreto 185/2015)– debe respetarse al pie de la letra a la hora de la planificación de los servicios y la reorientación de la red de atención (y, más concretamente, en lo que se refiere a la delimitación de las funciones de la atención primaria y secundaria).

En ese sentido, algunas de las personas consultadas consideran deseable trascender –sin dejar de tener en cuenta, en todo caso– la literalidad del Decreto de Cartera, en el sentido de acordar otras delimitaciones de funciones alternativas a la aprobada, y que resulten más operativas, siempre obviamente que se basen en el acuerdo de todas las partes implicadas, no supongan una merma en el derecho de la ciudadanía a los servicios sociales que les puedan corresponder, y se articulen mediante los procedimientos administrativos correspondientes (por ejemplo, encomiendas de gestión). Frente a esta opción, otras personas consultadas alertan respecto al riesgo que supone el continuo cuestionamiento de los marcos normativos ya aprobados, y el deseo de reiniciar un proceso constituyente para cambiar el marco actual de actuación –para definir algo que ya está definido y consensuado, por unanimidad–, con el agravante de que, de hacerse sólo en Gipuzkoa, aumentaría el riesgo de establecer modelos diferentes para cada territorio. Se señala, en ese sentido, que cuestionar el marco competencial y trascender el Decreto de Cartera en este momento sería un retroceso, una vuelta al punto cero que no haría bien a nadie. Si bien, de acuerdo con estas personas, los acuerdos entre la Diputación y los ayuntamientos son necesarios, se insiste en que deben orientarse a aplicar la Ley de Servicios Sociales vigente y sus decretos de desarrollo mientras éstos sean los marcos normativos establecidos.

Es importante, señalar en cualquier caso, como se señala más adelante, que todas las personas que han opinado respecto a estas cuestiones están de acuerdo en la necesidad de cubrir conjuntamente (entre los ayuntamientos y la Diputación) las posibles lagunas y huecos que puedan existir en la Cartera –especialmente en lo que se refiere a la creación, cogestión y cofinanciación de recursos de baja exigencia y media intensidad de apoyo–, en la necesidad de plantear fórmulas de colaboración en algunos servicios (con cofinanciación) y de desarrollar servicios adicionales a los que el Decreto de Cartera establece, siempre en el marco de la normativa vigente.

²³ De acuerdo al informe del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad *Configuración de una red local de atención a personas sin hogar integrada en el sistema público de servicios sociales* (2011: 45), “la red de centros y servicios de atención a personas sin hogar en una localidad debe completarse con servicios de intervención en la calle, que permitan mantener un contacto permanente con aquellas personas sin hogar que rechazan el uso de esos centros [...]. En el trabajo de calle con personas sin hogar, la continuidad es condición imprescindible para que se constituya como referencia permanente de la red de atención a personas sin hogar para quienes rechazan el uso de cualquier otro centro o servicio en esta red, pudiendo constituir para ellos la auténtica puerta de entrada no solo a la red de atención a personas sin hogar, sino al conjunto del SPSS [sistema público de servicios sociales] y otros sistemas públicos de protección social. El trabajo de calle con personas sin hogar debe incorporar el contacto con el entorno vecinal para generar evitar actitudes de rechazo y promover actitudes y comportamientos solidarios con estas personas”.

5.5. Insuficiente dotación de recursos, especialmente en lo que se refiere a la atención primaria

En relación con los diferentes tipos de recursos que existen en el ámbito de la exclusión social, se señalan las siguientes cuestiones:

- Los ayuntamientos han desarrollado en muy escasa medida el servicio de intervención socioeducativa y psicosocial, más allá de los casos de menores de edad en riesgo de desempleo o desprotección.
- La cobertura de servicios de atención diurna del nivel primario es insuficiente y no siempre se corresponde a lo establecido en el Decreto de Cartera.
- La cobertura de servicios de atención diurna de nivel secundario se puede considerar suficiente. En este caso, cabe pensar que las características de los centros y su gestión o financiación se ajusta a lo establecido en el Decreto de Cartera, y que los déficits se refieren más bien a la distribución territorial de los recursos.
- La dotación de centros de acogida nocturna de atención primaria para el conjunto del territorio se considera insuficiente y parece clara la necesidad de un despliegue territorial más equilibrado, que combine diferentes niveles de exigencia e intensidad.
- En lo que se refiere a las viviendas tuteladas para la inclusión, de atención primaria, el mayor problema radica en la escasa dotación de plazas y, sobre todo, en su opacidad, en la medida en que no existe un censo o registro general, ni se conoce cuántas hay en cada municipio para atender las necesidades de la población.
- Es en el caso de los centros residenciales de atención secundaria donde la situación puede considerarse más satisfactoria, al menos en cuanto a la cobertura (no tanto a su distribución territorial). En todo caso, una parte importante de las personas consultadas coinciden en destacar la necesidad de reforzar los servicios residenciales y de vivienda de carácter permanente –frente a los recursos de alojamiento de emergencia o muy corta estancia–, impulsando fundamentalmente las viviendas tuteladas, en atención primaria, y las viviendas con apoyo, en atención secundaria
- En lo que se concierne a los servicios y programas orientados a la inserción laboral, situar el empleo como meta final de los itinerarios –como se ha señalado– contrasta con la insuficiente oferta de recursos de este tipo dentro del territorio y, sobre todo, con el progresivo debilitamiento de las fórmulas ocupacionales o de empleo social protegido dirigidas a las personas en situación o riesgo de exclusión. Desde ese punto de vista, se considera que la política de inserción sociolaboral actual debería optar por la creación de empleo de forma directa para las personas en situación de exclusión social, ya que la mera intermediación entre estas personas y el mercado de trabajo no

está funcionando como mecanismo eficaz para la activación de este sector de población. Por otro lado, algunas de las personas consultadas observan que los recursos ocupacionales y prelaborales que siguen pautas demasiado próximas a las del empleo normalizado no resultan adecuadas para las personas en situación de exclusión social, especialmente aquellas con trastorno mental o en situación de exclusión severa. Además, algunas de las personas encuestadas señalan que la red de empleo protegido que existe en el ámbito de la discapacidad no puede absorber a aquellas personas en situación de exclusión social que, además, presentan trastornos mentales.

5.6. El despliegue territorial de los recursos

A lo largo de los epígrafes anteriores ha ido apareciendo en diversas ocasiones la cuestión de la distribución territorial de los diferentes recursos en el ámbito de la exclusión social. En ese sentido, parte de los agentes consultados constatan el desequilibrio que existe en cuanto al despliegue territorial de los diversos tipos de centros y la necesidad –para cumplir con los criterios de proximidad y de atención comunitaria establecidos en la Ley 12/2008 de Servicios Sociales– de configurar una red de recursos más equilibrada desde el punto de vista territorial. También se pone de manifiesto un cierto escepticismo respecto a los criterios establecidos en el Mapa autonómico de Servicios Sociales en cuanto a la ordenación territorial de los recursos y a las coberturas mínimas que se deben alcanzar en cada una de las demarcaciones territoriales, en la medida en que no se han establecidos obligaciones concretas ni en cuanto a la ordenación territorial ni en cuanto a las coberturas mínimas, que en el Mapa autonómico se siguen estableciendo a nivel de territorio. En cualquier caso, se considera un paso positivo que el Mapa territorial de Servicios Sociales establezca objetivos para el incremento de las dotaciones a nivel de sector, comarca o zona básica.

Otras personas, aun reconociendo un cierto desequilibrio territorial en la distribución de los recursos en el territorio histórico de Gipuzkoa, consideran, sin embargo, que este grado de desequilibrio es menor que el que se produce en otros territorios históricos de la CAPV y que, si bien la situación debe ser mejorada, los recursos están en Gipuzkoa mejor distribuidos geográficamente que en Bizkaia y Álava.

Al margen de estas cuestiones generales, los aspectos que han subrayado las personas consultadas en relación con el despliegue territorial de los recursos son los siguientes:

- Efecto capitalidad y saturación de determinadas zonas. Se pone de manifiesto por una parte, la excesiva concentración de recursos en la zona de Donostialdea y Oarsoaldea y, más concretamente, en los municipios de Pasaia y Donostia. Esta excesiva concentración de recursos se deriva de

varios elementos: a) una mayor concentración de las situaciones de pobreza y exclusión en esos municipios y una mayor capacidad de atracción de personas en situación de exclusión de otras comarcas o territorios; b) una mayor disposición de esos ayuntamientos a implementar recursos para las personas en situación de exclusión social; c) una mayor propensión de otras instancias –como la Diputación Foral– a la apertura de centros en esas comarcas; y d) una cierta pasividad de otros ayuntamientos que, en general, son reacios a la apertura de centros de este tipo, y se benefician del esfuerzo realizado por los ayuntamientos más activos. En cualquier caso, esta saturación tiene como consecuencia un mayor gasto por parte de estos ayuntamientos y, sobre todo, una mayor presión sobre esos municipios, tanto en lo que se refiere a posibles conflictos vecinales como a la propia presión sobre los servicios sociales de base, responsables –teóricamente al menos– del seguimiento de todas las personas empadronadas en sus municipios, incluyendo las residentes en esos centros.

Algunas de las personas consultadas, sin embargo, cuestionan la existencia de este efecto capitalidad, recuerdan que únicamente el 53 % de las plazas de alojamiento y el 47 % de las de centros de día de secundaria están ubicadas en Donostia, y señalan que se trata de un porcentaje más bajo que el de Bilbao o Vitoria-Gasteiz.

- Ausencia de recursos en determinadas comarcas. Al mismo tiempo, es también evidente la ausencia de recursos en otras comarcas que, si bien concentran un número menor de las situaciones de exclusión, requieren también de recursos para dar servicio a las necesidades de sus vecinos/as. Al margen de que la situación puede deberse tanto a la pasividad municipal como la concentración de los recursos forales en otras comarcas, lo cierto es que esa ausencia de recursos obliga bien a no atender determinadas necesidades, bien a derivar a las personas de esos municipios a recursos residenciales, e incluso de atención diurna, situados lejos de su entorno habitual, lo que implica una ruptura más de sus redes y entorno social.
- Como resultado de lo anterior, de cara a la ordenación territorial de los recursos, se observa que algunas de las comarcas existentes tienen una dotación superior a la mínima necesaria (superávit teórico de plazas, de acuerdo con el Mapa), mientras que en otras resulta muy inferior. Esto dificulta la planificación territorial, dada la dificultad de trasladar la oferta ‘sobrante’ de una comarca a aquéllas con coberturas inferiores al mínimo establecido.
- En cuanto a la ordenación territorial de los recursos, se ha puesto también de manifiesto las dificultades que existen para el desarrollo de equipamientos de atención primaria y competencia municipal, pero de ámbito territorial supramunicipal. Efectivamente, las coberturas mínimas del servicio de atención diurna, el centro de acogida

nocturna y de las viviendas tuteladas se definen a nivel comarcal, pero su provisión corresponde a los municipios, y no se han desarrollado aún mecanismos que permitan un desarrollo conjunto o coordinado de esos recursos, de cara a alcanzar las coberturas comarcales teóricamente necesarias.

5.7. Escasa articulación interna del sistema

Para algunas de las personas entrevistadas, más allá de los problemas de dotación de plazas o de la necesidad de actualizar el modelo conceptual, el principal déficit de la red de servicios sociales para la inclusión social en Gipuzkoa se refiere a la coordinación entre los diferentes agentes que intervienen y, más concretamente, a la escasa articulación de la red como un sistema integrado. A este respecto, los problemas se centran en, o se derivan de, la compleja arquitectura institucional vigente en el ámbito de los servicios sociales, el desigual peso institucional de los dos niveles administrativos que intervienen en la prestación de servicios, los problemas de coordinación con otros ámbitos de los servicios sociales (dependencia, desprotección), y el protagonismo que algunas personas atribuyen al tercer sector en lo que se refiere a la generación de centros y programas.

Algunas personas han hecho también referencia al papel que la Diputación Foral debe o puede jugar, más allá de la provisión de servicios de atención directa y de la regulación del acceso a éstos. Desde ese punto de vista, algunas personas plantean la posibilidad de reforzar el papel de la Diputación Foral de Gipuzkoa en cuanto a apoyo técnico a la atención primaria; liderazgo y apoyo en cuanto a la ordenación territorial de los recursos, promoviendo y facilitando la mancomunización de servicios; y centralización de la atención a personas sin padrón e itinerantes.

Señaladas estas carencias, algunas de las personas que han participado en el proceso de debate insisten en los avances que se han producido en los últimos años en el ámbito de la inclusión social en Gipuzkoa y, más concretamente, en el proceso de clarificación y ordenación que viene realizando el Servicio de Inserción Social.

5.8. Problemas de coordinación con otros sistemas de bienestar

En lo referido a la coordinación con otros sistemas, se han analizado básicamente las relaciones existentes con el sistema de salud y el de garantía de ingresos. A ese respecto, cabe señalar lo siguiente:

- Existe un acuerdo prácticamente generalizado al señalar que la atención a las personas en situación de exclusión y con enfermedades, especialmente con patologías mentales, es una de las principales carencias del sistema. En lo concerniente a la red de recursos sociosanitarios,

- se señala la inexistencia de unidades de atención ambulatoria orientadas a las personas en situación de exclusión grave con problemas de salud mental, y se insiste en la necesidad de establecer unidades de convalecencia que puedan acoger a las personas que carecen de domicilio propio –o del apoyo necesario en su domicilio habitual– cuando deben recibir cuidados médicos especializados tras una enfermedad o una intervención.
- En cuanto a la coordinación con los servicios de empleo y garantía de ingresos, se destaca el papel esencial que las prestaciones de garantía de ingresos están jugando en la contención de la pobreza y como soporte a procesos de inclusión. Junto a esta valoración, se plantean también algunas dificultades: la mayoría de ellas hacen referencia a la, a juicio de algunas personas consultadas, deficiente atención que Lanbide presta a estas personas, a los estrictos criterios que se aplican para la suspensión del cobro de la prestación y al elevado número de personas que, por distintas razones, no pueden acceder a la renta de garantía de ingresos. Por otro lado, para algunas de las personas consultadas, el hecho de que las personas puedan acceder a esta prestación sin necesidad de acudir a los servicios sociales de base hace que las necesidades sociales distintas de las económicas no sean identificadas ni por los/as trabajadores/as de Lanbide, que ni están cualificados para ello ni les ha sido asignada dicha función, ni por los servicios sociales de base.
 - En relación con la ayuda de garantía de ingresos, establecida por la Diputación Foral de Gipuzkoa en 2012, algunas de las personas entrevistadas han puesto de manifiesto un cierto efecto llamada, y que, como consecuencia de su existencia exclusivamente en el territorio histórico de Gipuzkoa, se ha producido en determinados municipios un incremento muy sustancial en el empadronamiento de personas extranjeras con muy escasas posibilidades de inclusión laboral.

5.9. El papel de la iniciativa social sin fin de lucro y la cobertura de las prestaciones o programas no recogidos en el Decreto de Cartera

Al analizar la articulación interna del sistema de servicios sociales, han surgido otras cuestiones de interés, que interesa recoger. Se refieren, por una parte, al papel que juegan las entidades sin fin de lucro en la articulación del sistema y, por otra, a la necesidad de que se sigan prestando –ya sea por parte de entidades públicas o privadas– una serie de servicios, especialmente en el ámbito de la atención comunitaria, que si bien se recogen de forma genérica en la ficha 1.5. del Decreto de Cartera (servicio de promoción de la participación y la inclusión social en el ámbito de los servicios sociales), no implican en la práctica ninguna obligación concreta para los ayuntamientos.

Las cuestiones que se han puesto de manifiesto en relación con estas cuestiones son las siguientes:

- Como ya se ha señalado, algunas personas señalan lo que consideran un peso excesivo de las entidades prestadoras de servicios sin fin de lucro en la definición de la red de atención secundaria y en las condiciones de prestación de los servicios. Si bien se reconoce que esa problemática ha tendido a corregirse en los últimos años, se insiste en que –debido tanto al proceso histórico de configuración de la red como a las dificultades de la Diputación Foral para incidir en la configuración de la red y las formas de provisión– la autonomía de las entidades prestadoras de servicios es todavía muy elevada. Si bien, lógicamente, se reconoce la necesidad de que los centros dispongan de un nivel de autonomía amplio para la determinación de sus servicios, se señala también que la conversión de la red en sistema, y la garantía de un derecho subjetivo a los servicios sociales, requiere una labor de armonización y homologación más activa que la que se ha desarrollado hasta el momento.

En este aspecto, algunas de las personas consultadas consideran, en cambio, que este liderazgo de la iniciativa privada en la creación de recursos y prestaciones se da fundamentalmente en la atención primaria, porque hay un déficit de servicios, pero es prácticamente inexistente en atención secundaria, por el mayor desarrollo de recursos de responsabilidad pública.

- La persistencia de modelos de financiación –convenios e incluso subvenciones²⁴– poco acordes con el carácter de servicio de responsabilidad pública que desempeñan muchas de estas entidades. Al margen de la financiación, y de la adecuación de las tarifas y baremos económicos a la intensidad de los servicios prestados, se aboga por avanzar en la mejora de las fórmulas administrativas de concertación, tanto en lo que se refiere a la determinación de funciones, cometidos e indicadores de funcionamiento, como al establecimiento de relaciones económicas y contractuales más claras y estables.
- La prestación de forma autónoma, por parte de algunas entidades del tercer sector, de servicios paralelos a los de la Cartera. Si bien no se pone en duda el derecho de las entidades a desarrollar todos los programas que consideren oportunos, siempre que no se contravenga la Ley, algunas personas ponen de manifiesto la existencia de servicios y procesos de intervención superpuestos o paralelos a los que se realizan los servicios sociales públicos, que en ocasiones inciden o condicionan de forma negativa los procesos que

²⁴ Por citar algunos ejemplos, se han financiado mediante subvenciones, tanto forales como municipales, proyectos de asesoramiento y acompañamiento integral, intervención psicosocial, intervención socioeducativa, atención psicosocial, rehabilitación y reinmersión sociolaboral, acogida e inserción social, o programas de reparto de alimentos a domicilio para personas en situación o riesgo de exclusión. Es difícil determinar en qué medida se trata de programas o servicios de responsabilidad pública, pero queda fuera de toda duda que los mecanismos subvencionales –y los convenios no dejan de serlo– son la principal vía de financiación de las entidades del tercer sector.

desarrollan los servicios sociales de base. También se cuestiona, como antes se ha señalado, que algunos de los centros y servicios existentes puedan considerarse parte de la cartera de servicios públicos cuando son las entidades gestoras las que tienen potestad para determinar el acceso.

- El riesgo, como ya se ha indicado, de que la obligación de cumplir con los servicios establecidos en la Cartera conlleve reducir la implicación institucional, particularmente los ayuntamientos, en lo que se refiere al desarrollo de programas de atención comunitaria no contemplados de forma específica como derecho en el Decreto de Cartera, pero que juegan un papel esencial en la promoción de la inclusión social.

5.10. La financiación de la red de servicios

Aunque no es objeto de este análisis, la financiación de los servicios y centros ha surgido continuamente a lo largo de las entrevistas realizadas, fundamentalmente en torno a tres cuestiones:

- Se ha puesto de manifiesto, por una parte, cierta decepción por la aprobación a nivel autonómico de una Memoria Económica que infraestima, a juicio de algunas personas conscientemente, el coste real que supone para las distintas administraciones el proceso de universalización de los servicios sociales.
- Por otra parte, se ha señalado en qué medida la atribución de competencias y funciones adicionales a los ayuntamientos en el marco de la Ley de Servicios Sociales –al objeto de construir un sistema basado en la atención comunitaria, preventiva y de proximidad– no ha venido acompañada de un cambio de suficiente calado en la financiación de los servicios sociales locales. Desde ese punto de vista, se pone de manifiesto que cualquier intento serio de desarrollar una red adecuada de servicios sociales de atención primaria en el ámbito de la inclusión debe pasar por un acuerdo interinstitucional de financiación, que garantice la suficiencia financiera de los ayuntamientos para el desempeño de sus competencias en este campo.
- En todo caso, algunas de las personas consultadas recuerdan que –como se ha señalado anteriormente– los ayuntamientos de Gipuzkoa, tomados en su conjunto, realizan un gasto público muy reducido en servicios sociales en general, y en los servicios sociales para la inclusión en particular. Se señala, a este respecto, que en muchos casos los ayuntamientos han optado por priorizar otros tipo de gastos, o por no incrementar sus ingresos más allá de las transferencias que realiza la administración foral, y que la ausencia de recursos que en la actualidad les aqueja se deriva también, al menos en parte, de una apuesta política institucional muy débil por los servicios sociales, si no en todos, sí en una parte importante de ayuntamientos.

- La financiación se ha puesto también de manifiesto en lo que se refiere a la concertación de servicios con las entidades privadas sin fin de lucro encargadas de gestionarlos. En ese sentido, algunas de las personas consultadas han señalado que los módulos establecidos para la cobertura del coste de las plazas no siempre permiten asignar a los servicios la intensidad necesaria. De hecho, se señala que la determinación del nivel de intensidad de los apoyos que se prestan en los centros se deriva más de las disponibilidades presupuestarias de las administraciones financiadoras que del nivel de apoyos necesarios. Para otras personas, sin embargo, esta afirmación no se corresponde con la realidad, y la asignación de los recursos se deriva exclusivamente de criterios técnicos.

5.11. Formación y gestión del conocimiento

Además de las señaladas en los puntos anteriores, en el proceso de debate han surgido otras cuestiones de interés relacionadas con la articulación del sistema, como por ejemplo, los aspectos relacionados con la formación y la gestión del conocimiento en el ámbito de los servicios sociales en general y de la intervención en materia de inclusión social en particular. Algunas personas señalan que si bien se han dado pasos adelante en este aspecto –encuestas de pobreza y exclusión social, ponencia en Juntas Generales, refuerzo del Observatorio de Servicios Sociales, seminarios en colaboración con la Universidad de Deusto– existen todavía en el sector déficits importantes y graves en lo que se refiere a las actividades de gestión del conocimiento, formación y comunicación.

Se considera, desde este punto de vista, urgente la necesidad de articular actividades de formación orientadas a diversos colectivos –servicios sociales de base, responsables políticos, gestores de los sistemas de acceso, técnicos y profesionales, gestores de las entidades, e incluso profesores de la universidad– y de mejorar la gestión del conocimiento en esta materia, continuando con la realización de encuestas y estudios de necesidades, la difusión y el análisis de buenas prácticas, o la puesta en marcha de proyectos piloto de carácter experimental. Se insiste, en ese sentido, en la necesidad de poner en marcha un programa de gestión del conocimiento, formación e innovación –liderado por la propia Diputación Foral de Gipuzkoa–, al objeto de articular de forma coherente las diversas iniciativas.

6. Diagnóstico general: fortalezas y debilidades de la red y propuestas de mejora

A partir de la información recogida en los epígrafes anteriores, en este apartado se plantea un diagnóstico general de la red de cara a su reordenación. Se trata, como ya se ha dicho, de la valoración cualita-

tiva que hace el SIIS Centro de Documentación y Estudios en relación con estas cuestiones, de acuerdo con el encargo realizado por el Departamento de Política Social. A partir de ese diagnóstico, se plantean algunas propuestas y recomendaciones que podrían contribuir a una mejor articulación del sistema y a la mejora de los servicios prestados a las personas en situación o riesgo de exclusión en Gipuzkoa. En lo que se refiere a las fortalezas de la red, cabe destacar las siguientes:

- La existencia de una red sólida de servicios de atención directa y prestaciones económicas, que permite atender a la mayor parte de la demanda y evitar situaciones extremas de pobreza, exclusión y desprotección. La existencia de esta red se manifiesta en una dotación de recursos muy superior a la que pueda existir en otras comunidades autónomas españolas, un nivel de gasto público similar –superior incluso en lo que se refiere a las prestaciones económicas– al de la Europa de los quince y tasas de pobreza o exclusión parecidas, incluso más bajas, a las de otros países de nuestro entorno.
- La existencia de una apuesta política e institucional sólida por el mantenimiento de una red de servicios y prestaciones contra la exclusión, aun en un momento de restricciones presupuestarias. Si bien es cierto que algunas instituciones –especialmente los ayuntamientos– han reducido su nivel de gasto en este ámbito, en general el gasto público destinado a los servicios sociales para la inclusión no se ha reducido y la dotación de determinados recursos se ha ampliado.
- La existencia de un acuerdo social relativamente amplio para el mantenimiento de los servicios sociales para la inclusión, que, pese a las polémicas generadas en torno a alguno de sus elementos, sigue gozando de un apoyo ciudadano generalizado.
- La existencia de un marco normativo avanzado que, si bien no se ha desarrollado aún de forma plena, marca con claridad las líneas de avance para los próximos años y establece los programas, prestaciones o centros que deben desarrollarse, así como su despliegue territorial.
- La existencia de una red de entidades sin fin de lucro sólida y técnicamente competente, que promueve y gestiona numerosos recursos, y que juega además un papel importante en lo que se refiere a la defensa de los derechos de las personas en situación o riesgo de exclusión.
- La creciente asunción por parte de todos los agentes de modelos, paradigmas o buenas prácticas desarrolladas con éxito en otros países de nuestro entorno, y la disposición de todos los agentes implicados a su experimentación y aplicación en nuestro país.
- Un proceso de articulación y ordenación creciente de la red de recursos forales para la inserción, que se ha centrado en la definición de un modelo de responsabilidad pública basado en los

paradigmas de derechos y calidad de vida, y en el alineamiento de las entidades prestadoras de servicios con ese modelo.

Más allá de esas fortalezas, este sistema adolece sin embargo de determinadas debilidades, respecto a las que existen además visiones y opiniones contrapuestas. En ese sentido, junto con el escaso desarrollo de determinados programas y recursos, la principal debilidad de la red se refiere a la carencia de un modelo común y compartido de intervención (e incluso de comprensión de la exclusión social), y, sobre todo, a su débil articulación como sistema. El resultado es una red de servicios menos estructurada, articulada y madura que la que existe en otros ámbitos de los servicios sociales (dependencia, desprotección infantil, discapacidad). Es también una red sujeta –en mayor medida que en otros ámbitos de los servicios sociales– a la discrecionalidad técnica, política o económica, que no garantiza todavía ni el derecho subjetivo a unos servicios sociales de calidad, tal y como establece la Ley 12/2008 de Servicios Sociales, ni el principio de doble derecho reconocido por la Ley 18/2008 para la Garantía de Ingresos y la Inclusión Social.

Las razones que explican esta situación son varias:

- El desarrollo más reciente de la red de recursos, al menos si se compara con los servicios para las personas con discapacidad, las personas mayores o los menores en situación de desprotección.
- Las propias características de la población atendida y la menor disposición social a la prestación de servicios a determinados colectivos (inmigrantes, minorías étnicas, personas con problemas de adicciones, personas expresidarias). A ello se une la mayor diversidad interna de esos colectivos, fragmentados en grupos con situaciones y necesidades muy diferentes, y el menor peso específico de los grupos que se movilizan y actúan por la defensa de sus intereses.
- La propia complejidad de la situación de estas personas, y del propio concepto de inclusión social, que requiere –más aún que en el caso de las personas dependientes, con discapacidad o en situación de desprotección– una intervención interdisciplinar y multidimensional, que afecta a múltiples políticas públicas.
- El protagonismo que desde hace años tienen, en este ámbito, las prestaciones económicas frente a los servicios de atención directa, que, como ha ocurrido en otros países, ha podido desviar la atención, y los recursos, de los programas de intervención directa.
- La existencia de visiones contrapuestas por parte de los diferentes agentes que conforman la red en relación con cuestiones clave, que van desde la interpretación del marco normativo vigente a la propia conceptualización de la intervención social.

No se trata, sin duda, de problemas específicos del territorio histórico de Gipuzkoa y cabe incluso pensar

que en este territorio la articulación del sistema es mayor que en otros. Ello no impide en todo caso reconocer la necesidad de avanzar en la actualización del modelo de atención y en la reordenación de la red de recursos, mediante el consenso entre todos los agentes implicados y dentro del marco competencial y normativo vigente.

6.1. Retos básicos para los servicios sociales de atención a las personas en situación o riesgo de exclusión en Gipuzkoa

6.1.1. La articulación del sistema de servicios sociales y su plasmación en el ámbito de la inclusión social

a) Falta de liderazgo para la articulación del sistema

Probablemente, el principal problema de esta red de atención se deriva de la ausencia de un liderazgo claro para su desarrollo, que está lejos todavía de funcionar como un sistema integrado. Tal y como han señalado algunas de las personas que han participado en el debate, se trata de un sistema sin gobierno y sin cabeza, en el que los avances son cada vez más complicados y costosos. En ese sentido, es preciso recordar que el de servicios sociales es el único de los grandes sistemas de bienestar en cuya regulación, planificación y provisión intervienen –al menos– tres administraciones diferentes. El sistema de servicios sociales incluye prestaciones y servicios correspondientes a dos niveles institucionales –regulados además por un tercero–, con intereses y visiones en ocasiones enfrentados y con redes de servicios que funcionan como vasos comunicantes (en la medida en que el cierre o la no existencia de servicios en un nivel afecta directamente a la demanda que debe afrontar el otro²⁵). Todo ello se complica si se tiene en cuenta que uno de los dos niveles, el municipal, se divide además en 88 unidades diferentes, con sus propios centros de responsabilidad, criterios técnicos y políticos, trayectorias históricas o capacidades económicas²⁶.

Esta complejidad institucional, que responde al desarrollo histórico de los servicios sociales, tiene como consecuencia tanto el solapamiento de diversos servicios –que se prestan de forma paralela por más de una administración– como la existencia de lagunas o huecos sin cubrir, además de dificultades importantes para la coordinación interinstitucional,

²⁵ En este modelo, en cierto modo, el gasto que realiza un nivel institucional para dar respuesta a una población concreta resulta inversamente proporcional al gasto que se ve obligado a hacer el otro nivel institucional, con lo que la búsqueda de acuerdos es difícil y el desarrollo de la red se paraliza o se ralentiza.

²⁶ Hay que recordar, en este aspecto, que el de los servicios sociales es el único de los servicios del Estado de bienestar que se articula mediante la intervención directa de los ayuntamientos y de las diputaciones forales. Si bien cabe pensar que este modelo trae consigo ciertas ventajas, son también evidentes los inconvenientes y la opción de muchos de los profesionales de los servicios sociales por un sistema más centralizado –como el que existe en la sanidad o la educación–, que, sin renunciar a la cercanía a la ciudadanía, permitan una mayor articulación del sistema.

lo que, en última instancia, dificulta el trabajo con las personas en situación o riesgo de inclusión. Estos problemas de coordinación se producen tanto dentro de los servicios sociales –entre el nivel primario y el secundario, aunque también entre los propios ámbitos de la atención secundaria (mayores, menores, discapacidad)–, como en relación con los demás sistemas de bienestar (justicia, empleo, vivienda, garantía de ingresos y, preferentemente, salud).

En ese contexto, la situación de los principales agentes se puede definir de esta manera:

- Más allá de su labor genérica de planificación y regulación del sistema de servicios sociales, el Gobierno Vasco juega un papel relativamente secundario en este ámbito, y ha centrado hasta el momento en el sistema de garantía de ingresos su implicación en el ámbito de la inclusión social. En el ámbito de los servicios sociales, el propio Mapa de Servicios Sociales enfatiza, en sus principios, la necesidad de “preservar la capacidad de cada institución de adaptar sus objetivos a la realidad de cada territorio (a las necesidades, a la distribución geográfica de la población, a las características de la red de recursos que de hecho existe con carácter previo, etc.)”. En ese marco, la capacidad de la administración autonómica para liderar el desarrollo sobre el terreno de los servicios sociales es limitada, y más si cabe en el ámbito de la inclusión social²⁷.

En ese sentido, la renuncia a dotar de personal y funciones la Alta Inspección de Servicios Sociales pone claramente de manifiesto en qué medida el papel del Gobierno Vasco como promotor y garante de la aplicación de los acuerdos adoptados para el desarrollo del sistema no se ha desarrollado suficientemente²⁸. Si bien algunas de las personas consultadas han señalado que determinadas cuestiones deberían ser solventadas y tratadas a nivel autonómico para evitar la generación de modelos diferentes, lo cierto es que en las actuales circunstancias son las institu-

²⁷ El proceso de elaboración, evaluación y re-elaboración del Plan Vasco de Inclusión Activa ilustra claramente esta situación.

²⁸ De acuerdo a la Ley 12/2008, la función de este órgano es la de garantizar el ejercicio efectivo del derecho subjetivo, así como el cumplimiento y la observancia del ordenamiento jurídico aplicable. Más concretamente, corresponde a la Alta Inspección velar por el cumplimiento de las condiciones básicas que garanticen el derecho a los servicios sociales; comprobar la adecuación de los niveles de servicio y prestación ofrecidos por el Sistema Vasco de Servicios Sociales, atendiendo a las condiciones establecidas en la Cartera de Prestaciones y Servicios; comprobar el cumplimiento de los requisitos establecidos por la ordenación general del Sistema Vasco de Servicios Sociales en relación con la planificación y programación de los servicios sociales, la autorización e inspección de entidades prestadoras de servicios y las funciones de valoración y diagnóstico; y verificar la adecuación de los conciertos y contratos de gestión de servicios sociales a los criterios establecidos por la Ley y sus disposiciones de desarrollo. Junto a la evaluación general de la aplicación y desarrollo de la Cartera, transcurridos dos años desde el plazo previsto para la universalización del Sistema Vasco de Servicios Sociales prevista en la Ley y en el borrador del Decreto de Cartera, la Alta Inspección es una de las herramientas básicas para garantizar el cumplimiento de las responsabilidades de cada nivel competencial en lo que se refiere al desarrollo de los servicios sociales.

ciones locales –ayuntamientos y diputaciones– las llamadas a coordinarse para la materialización, en cada territorio histórico, de lo dispuesto en el Decreto de Cartera y en el Mapa de Servicios Sociales.

- Por su parte, las diputaciones se ven obligadas a jugar un doble papel: por una parte, se consideran un nodo más de la red, responsables de la provisión de una serie concreta de servicios²⁹; pero, al mismo tiempo, ciertas instancias les piden que asuman el papel de líder o responsable de la red, o que complementen algunos servicios o funciones que los ayuntamientos, especialmente los pequeños, no pueden cubrir adecuadamente por sí mismos³⁰. En ese sentido, el Mapa de Servicios Sociales establece que las diputaciones forales facilitarán “el proceso de planificación de la red y la elaboración del Mapa e incluso otros procesos que puedan servir de ayuda a los ayuntamientos para desplegar la red de servicios, como la constitución de mancomunidades u otras agrupaciones municipales”, y la propia Ley de Servicios Sociales, en su artículo 41, atribuye a las diputaciones Forales la función de “promoción y fomento de la constitución de mancomunidades o de otras agrupaciones municipales para la prestación de servicios sociales de acuerdo con el principio de proximidad geográfica y de eficiencia en la utilización de los recursos”.
- Los ayuntamientos, por último, se encuentran objetivamente en una situación de inferioridad de condiciones: son quienes reciben de forma directa las demandas de la ciudadanía y a quienes se reclama que den respuesta a las necesidades que otras administraciones no cubren (al margen de que sean de su competencia o no); carecen de los recursos económicos necesarios para el ejercicio de sus competencias, y tienen una débil representación en los foros en los que se adoptan las decisiones técnicas y políticas que les afectan. También hay que recordar, en todo caso, que una parte importante de los responsables y técnicos municipales insisten en la necesidad de respetar el criterio de autonomía municipal –poco compatible con el reconocimiento de las obligaciones que todas las instituciones tienen en el marco de un sistema que garantiza el derecho subjetivo a los servicios sociales– y, sin duda, que muchos ayuntamientos han adoptado en los últimos años una postura pasiva en lo que se refiere a la generación de programas y recursos para la inserción social³¹.

²⁹ Efectivamente, de acuerdo a la Ley de Servicios Sociales, sus principales competencias son la provisión de los servicios sociales de atención secundaria y la planificación de los servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales que sean de su competencia en su ámbito territorial.

³⁰ No hay que olvidar que, con más o menos problemas, las diputaciones forales, además de prestar los servicios que les corresponden en virtud del reparto competencial establecido, apoyan a los municipios en el ámbito de la desprotección infantil mediante los equipos zonales de infancia.

³¹ La evolución durante los últimos años del gasto municipal en inclusión social, recogida en el apartado 3, pone claramente de manifiesto esta situación.

La fragmentación de los municipios (en el caso guipuzcoano, en 88 unidades), la evidente insuficiencia del modelo de financiación municipal establecido, la ausencia de un modelo común de intervención y, en definitiva, las dificultades para llenar de contenido la apuesta que hacía la Ley 12/2008 de Servicios Sociales por un sistema de servicios sociales basado en la atención primaria y en los recursos de proximidad, ponen de manifiesto, en realidad, la necesidad de reflexionar sobre el papel de los servicios sociales municipales y sobre su viabilidad. De hecho, en buena medida, y junto con la señalada ausencia de liderazgo, el principal problema de los servicios sociales vascos radica en la debilidad y en la fragmentación de los servicios sociales municipales, tomados en su conjunto, y en la consiguiente debilidad de los servicios de atención primaria. Se puede pensar, en ese sentido, en un gigante con pies de barro o en una pirámide invertida, en la que la base del sistema es más débil y estrecha que la parte superior.

Esta ausencia de liderazgo, y la complejidad competencial a la que antes se ha hecho referencia, han contribuido, junto con otros factores, a que se produzcan las siguientes situaciones:

- Municipios e incluso comarcas que carecen, en la práctica, de recursos de atención a las personas en situación de exclusión social –más allá de los servicios sociales de base, las prestaciones económicas comunes (como las ayudas de emergencia social o la ayuda de garantía de ingresos) o, en todo caso, algunos recursos orientados a otros colectivos (como las personas mayores autónomas)– en los que dar respuesta a personas que presentan problemas de exclusión severa o grave.
- Recursos prestados y financiados por entidades que no son competentes en la materia y a quienes no corresponde la prestación de ese tipo de recurso, a la luz al menos de la nueva distribución de funciones. Como ocurre en otros ámbitos de los servicios sociales, es relativamente común que los ayuntamientos presten servicios que –en función de su contenido– no les corresponden, generalmente debido a que se ha considerado insuficiente la cobertura de este tipo de prestaciones por parte de la administración competente. También ocurre que, en algunos casos, la Diputación Foral está financiando recursos que, en función de su contenido, deberían considerarse de atención primaria. Todo ello se deriva de un proceso histórico de creación de la red de recursos que respondía a criterios muy distintos a los marcados por la Ley 12/2008.
- Recursos que no son prestados por ninguna institución, o que son prestados en muy escasa medida por la administración competente: buen ejemplo de ello podrían ser la vivienda tutelada para situaciones de riesgo de exclusión (1.9.2) o el centro de acogida nocturna para atender necesidades de inclusión social (2.3.2), cuyo desarrollo es aún escaso.

- Una sensación relativamente generalizada de conflicto e incomunicación interinstitucional, y problemas evidentes de coordinación entre instituciones diferentes, que dificultan tanto la calidad como la continuidad de la atención.

b) Dificultades en la delimitación de funciones entre la atención primaria y la secundaria

Algunas de las personas consultadas para la elaboración de este informe han señalado que, en el ámbito de la exclusión, el marco normativo vigente no ha delimitado suficiente o adecuadamente las funciones que corresponden a los servicios de atención primaria y secundaria. Como se ha explicado, tanto la Ley de Servicios Sociales como el borrador del Decreto de Cartera establecen una red de servicios en cierta forma duplicada, en la que ambas redes prestan servicios en primera instancia similares, pero que se diferencian entre sí en función de determinados criterios, recogidos en el Decreto de Cartera. A este respecto, hay dos posturas claramente divergentes:

- Para algunas personas, la delimitación de funciones entre unos centros y otros es muy clara, y se basa en el criterio de exigencia, de tal forma que los recursos de media y alta exigencia serían competencia de las diputaciones y los de baja exigencia, centrados en la contención y la reducción de daños, de competencia municipal, equiparándose por tanto la atención primaria con la baja exigencia, y la atención secundaria con la media y alta exigencia.
- Para otras personas, sin embargo, la delimitación de las funciones entre ambos tipos de centros dista de estar clara, ya que el borrador del Decreto de Cartera, a la hora de definir y diferenciar estos centros, combina diversos criterios (exigencia, intensidad, grado de exclusión, duración de la estancia), sin que prevalezca un criterio concreto y sin que quede claro, en la práctica, en qué se diferencian. Ello dificulta asignar a los centros que ya están en funcionamiento una ubicación clara en el esquema que establece el Decreto de Cartera, y, por tanto, la definición del Mapa y el reparto competencial.

Si bien puede pensarse que éste es un debate estrictamente técnico, su trascendencia es importante, ya que se relaciona, por una parte, con el establecimiento de funciones y responsabilidades concretas para cada nivel competencial y, por otra, con el propio modelo de intervención y su base filosófica, como previamente se ha visto. En referencia a esta cuestión, no puede decirse que la exigencia –o la motivación para el cambio– sea el elemento clave que delimita las funciones de la atención primaria y secundaria (máxime si se tiene en cuenta que ese concepto no aparece en la Ley de Servicios Sociales).

En efecto, difícilmente el nivel de exigencia puede ser el eje que diferencia la atención primaria de la secundaria si se observa que ese concepto sólo se

menciona en tres de los servicios dirigidos al ámbito de la exclusión en el borrador del Decreto de Cartera y, más aún, que para los dos recursos de atención secundaria en los que se menciona este concepto se indica de forma explícita que pueden o deben prestar servicios de baja exigencia: en ese sentido, si bien el servicio de atención diurna de primaria (1.7) se considera de baja exigencia, para su ‘contraparte’ de atención secundaria –el servicio o centro de día para atender necesidades de inclusión social (2.2.3.)–, se dice que puede ser de baja, media o alta exigencia. En el caso de los centros de acogida nocturna, el concepto de baja exigencia se vincula aún más débilmente a la atención primaria: el servicio de acogida nocturna de atención primaria (1.8.) no hace ninguna alusión al grado de exigencia, sí a la intensidad, y por el contrario el centro de acogida nocturna para atender necesidades de inclusión social (2.3.2.) recoge explícitamente que se trata de un recurso de baja exigencia. En el caso de la intervención socioeducativa, de los pisos tutelados o los centros residenciales, el grado de exigencia no se menciona, por lo que difícilmente se puede considerar que se trata de su principal criterio distintivo. No parece, por tanto, que se pueda decir –y menos de forma categórica– que la exigencia es el factor que delimita la atención primaria de la secundaria.

Por el contrario, sin ser el único, el criterio que con mayor claridad determina las diferencias entre el nivel de atención primaria y secundaria es la intensidad de la intervención, que se cita como característica del servicio de atención diurna (1.7), del servicio de acogida nocturna (1.8) y de la vivienda tutelada para personas en riesgo de exclusión (1.9.2); en los tres casos, se definen como servicios de baja intensidad. Así pues, frente a lo que sostienen de forma muy categórica algunas de las personas que han participado en este debate, el criterio común que define la atención primaria es la baja intensidad, que puede ir o no asociada a una baja exigencia. En lo que se refiere a los servicios de atención secundaria, tanto el servicio o centro de día para atender necesidades de inclusión social (2.2.3.) como el centro de acogida nocturna para atender necesidades de inclusión social (2.3.2.) y los centros residenciales para personas en situación de exclusión y marginación (2.4.5.) se definen, en los tres casos, como de media o alta intensidad de apoyo. Lo que los caracteriza frente a la atención primaria, por tanto, es su grado medio o alto de intensidad de la atención, y no el nivel de exigencia. De hecho, asignar un grado de exigencia medio o alto a determinados centros de atención secundaria implicaría incumplir de forma explícita lo dispuesto en el borrador del Decreto de Cartera.

El hecho de reconocer que la exigencia no es el criterio delimitador de la atención y que, en todo caso, el criterio diferenciador básico es la intensidad, no implica que la delimitación de los diferentes centros sea, en la práctica, clara, ni que ése haya de ser el único criterio que considerar. En todo caso, queda claro que si un elemento ha de caracterizar a los centros y servicios de atención secundaria es

la intervención de alta intensidad, mientras que los ayuntamientos han de responsabilizarse de los recursos de baja intensidad. También ha de quedar claro que, en un sistema que funciona según la lógica de los vasos comunicantes, tanto la atención secundaria como la primaria deben prestar los servicios que les corresponden, pues de lo contrario la otra parte se verá obligada a modificar sus funciones u objetivos en respuesta a esa demanda no atendida.

La confusión existente obliga, como se señala en el apartado de recomendaciones, a un esfuerzo por 'aterrizar' el Decreto de Cartera y el esquema de la Ley de Servicios Sociales sobre bases más prácticas y operativas, más apegadas además, como establece el propio Mapa de Servicios Sociales, a la realidad de cada territorio. Si bien es cierto que debe evitarse el riesgo de cuestionamiento y reconstrucción permanente de los marcos normativos y competenciales establecidos, y que cualquier intento de reordenación de la red debe basarse en el esquema marcado por la Ley de Servicios Sociales y el borrador del Decreto de Cartera, en lo que se refiere a este aspecto deberían alcanzarse acuerdos concretos entre los dos niveles institucionales que definan con claridad y de forma consensuada las diferencias y funciones distintivas de cada tipo de centro, de forma que quede claro por qué y para qué ofrecen servicios diferentes, a partir de una lectura flexible del Decreto de Cartera.

En el caso de que se llegue a la conclusión de que, en la práctica, las diferencias entre distintos servicios no justifican la existencia de dos tipos de centros gestionados por dos administraciones diferentes, podría recurrirse como más adelante se señala, a fórmulas de gestión mixta o compartida, que diluyan los inconvenientes derivados de la existencia de centros no suficientemente diferenciados y gestionados por administraciones distintas. El objetivo debería ser, por tanto, evitar tanto las duplicidades como los huecos: cada servicio (definido en función de una serie de criterios en cuanto a exigencia, intensidad, duración, objetivo y personas destinatarias) debe ser prestado por una sola administración, y ningún tipo de servicio debe dejar de ser prestado, estableciéndose si es necesario fórmulas de gestión compartida que hagan posible ese reparto, en el marco de un pacto o acuerdo entre todas las partes implicadas.

c) Ausencia de fórmulas estables de coordinación y co-gestión

Los problemas señalados se ven dificultados por la inexistencia de un órgano de coordinación –más allá del Órgano Interinstitucional de Servicios Sociales, de ámbito autonómico–, que pudiera facilitar una planificación consensuada de los recursos a nivel territorial, la resolución de posibles conflictos o el despliegue territorial que se deriva del Mapa de Servicios Sociales.

Por otra parte, y al hilo de lo señalado en el punto anterior respecto a eventuales fórmulas de gestión

mixta o compartida, cabe recordar que se ha recurrido poco, en el territorio histórico de Gipuzkoa, a las formulas administrativas para dar respuesta –sin alterar el marco normativo y competencial vigente– a los problemas que se han señalado en cuanto a la coordinación interinstitucional y en cuanto a las dificultades para establecer los límites entre la atención primaria y la secundaria, así como a los problemas relativos a la ordenación territorial que se señalan más adelante. Desde ese punto de vista, sería posible recurrir a las siguientes herramientas de gestión compartida:

- Impulso a la creación de mancomunidades o consorcios interadministrativos³² para la prestación de servicios. A diferencia del territorio histórico de Álava, que estructura a nivel de cuadrillas³³ una parte de los servicios sociales que se prestan en el territorio, y del territorio histórico de Bizkaia, donde la mancomunización de los servicios sociales municipales es una práctica relativamente habitual, en Gipuzkoa el recurso a la mancomunización de servicios es todavía muy escaso. Si bien existen en Gipuzkoa iniciativas de coordinación comarcal, e incluso intercomarcal, para el diseño de estrategias de ámbito supra-municipal, lo cierto es que la mancomunización de los servicios sociales es escasa y, como se ha señalado antes, que no existen cauces suficientes para el desarrollo de los servicios sociales municipales de alcance territorial comarcal. Sin embargo, tanto la Ley como el Decreto de Cartera aluden a la necesidad de promover este tipo de entes mancomunados, asignando además a las diputaciones la función de promoverlos.
- Encomiendas de gestión. Tampoco se ha recurrido en gran medida –aunque existen iniciativas en ese sentido³⁴– a la figura de la encomienda de gestión, mediante la cual una administración encomienda a otra, cumpliendo ciertas condiciones, la gestión de un servicio, sin perder su titularidad.
- Co-gestión, co-ubicación y co-financiación de centros. Si bien la co-financiación de un servicio determinado por parte de más de una administración ha sido una práctica habitual en los servicios

³² El consorcio es una técnica jurídica de cooperación interadministrativa. A diferencia de otras figuras asociativas conocidas en nuestro Derecho, como la mancomunidad, que asocia sólo a municipios, el consorcio es la única fórmula asociativa que permite integrar en una administración pública a entidades públicas de diversa naturaleza. Existen ejemplos de este tipo en el ámbito de los servicios sociales: por ejemplo, el Consorcio Galego de Servizos de Igualdade e Benestar, integrado por la Xunta de Galicia y 267 ayuntamientos gallegos es, según sus responsables, la fórmula jurídica escogida para una gestión moderna e innovadora de los servicios sociales. Entre las ventajas de este modelo, de acuerdo con sus responsables, está que se pueda garantizar la prestación de servicios de calidad con niveles suficientes de cobertura, la flexibilización del acceso y del uso de los recursos sociales, y la mejora de los dispositivos de coordinación.

³³ Denominación que se da a las comarcas en el territorio histórico de Álava.

³⁴ Por citar un ejemplo, el Ayuntamiento de Donostia ha encomendado a la Diputación Foral de Gipuzkoa la gestión de 32 apartamentos tutelados, adjudicándose la prestación del servicio a una tercera entidad.

sociales guipuzcoanos, se han desarrollado en escasa medida otras fórmulas basadas en la co-gestión, co-ubicación o co-financiación de servicios correspondientes a diferentes niveles competenciales en un mismo centro. Ello permitiría, por ejemplo, prestar en un mismo centro y con un mismo equipo –estableciendo si se considera necesario módulos diferenciados– algunos de los servicios cuya delimitación resulta menos clara. Articulados mediante convenios a varias bandas o mediante otras fórmulas administrativas, como el consorcio, y a partir de la definición consensuada de las cargas financieras correspondientes a cada nivel institucional, esta opción permitiría el desarrollo de diversos centros de nivel supramunicipal, compartiendo de forma equilibrada su gestión o financiación, y evitando establecer diferencias artificiales entre sus potenciales usuarios.

d) Lagunas en el Decreto de Cartera

Como acaba de señalarse, la delimitación de la población potencialmente destinataria de ciertos recursos –sobre todo, los servicios de acogida diurna y nocturna de atención primaria y secundaria, aunque también, en menor medida, las viviendas tuteladas de atención primaria y las viviendas con apoyos de atención secundaria– es poco clara en el borrador del Decreto de Cartera aprobado y no resulta operativa para el establecimiento de un mapa de recursos funcional. El Decreto de Cartera presenta, además, otras lagunas en lo que se refiere a determinados servicios:

- La intervención socioeducativa de atención primaria –que incluye los programas de intervención en medio abierto– se destina a personas en situación o riesgo de exclusión, cuando, en general, allí donde se ha puesto en marcha, los programas en medio abierto resultan especialmente adecuados para trabajar con personas en situación de exclusión moderada o grave (y, más concretamente, con personas sin techo), y requieren además una cierta intensidad. No existe, sin embargo, en la Cartera un servicio de educación de calle de nivel secundario dirigido a las personas en situación de exclusión social grave que trabaje con criterios de alta intensidad y baja exigencia.
- Determinados recursos de atención primaria se orientan a personas en situación de exclusión (lo que, en teoría, exigiría una valoración diagnóstica previa) y se determina como criterio de acceso la prescripción técnica realizada por el profesional de referencia. Al mismo tiempo, se establece, sin embargo, que se puede acceder al servicio de forma directa, sin pasar por los servicios sociales de base.
- Los servicios de apoyo a la vida independiente (2.7.2.1.) –que, como se ha señalado previamente, han jugado en otros países un papel significativo en lo que se refiere a la promoción de la auto-

nomía y el control de las personas usuarias– se dirigen únicamente a las personas con discapacidad, cuando podrían jugar un papel importante a la hora de ofrecer apoyos individualizados a las personas en situación de exclusión.

- En parecido sentido, los servicios de intervención socioeducativa y/o psicosocial con familias (2.7.3.1.), que podrían jugar un papel esencial en la atención a las personas en situación de exclusión, se dirigen exclusivamente a las personas en situación de desprotección grave, pero no a las personas en situación de exclusión.
- Como antes se ha señalado, el Decreto de Cartera no contempla, estrictamente hablando, la posibilidad de ofrecer servicios residenciales o de alojamiento de alta intensidad y baja exigencia (o, al menos, en los que no se exija una motivación para el cambio y el compromiso de asumir diversas condiciones). En este sentido, por tanto, los criterios de reducción de daños e incondicionalidad que se plantean en el modelo *housing first*, al que antes se ha hecho referencia, no tendrían cabida si se hace una lectura literal del texto, en ninguno de los recursos de media y larga estancia contemplados en el Decreto de Cartera recientemente aprobado.
- El servicio o centro ocupacional (2.2.2) se dirige, de acuerdo con el Decreto de Cartera, a las personas con discapacidad o enfermedad mental. Al margen de que, dada la función que estos centros realizan con estas personas, esos centros deban considerarse como parte de la red de servicios para la inclusión social, también debe plantearse la necesidad de extender este tipo de servicios a personas que no tienen discapacidad o enfermedad mental, pero sí una situación de exclusión social lo suficientemente severa como para beneficiarse de este tipo de fórmulas.

e) Desequilibrios en cuanto al despliegue territorial de los recursos

No cabe duda –si bien la situación a este respecto es mejor en Gipuzkoa que en los otros dos territorios de la CAPV– que se produce en el territorio histórico de Gipuzkoa una excesiva concentración de recursos para la inserción social en lo que, de acuerdo con el Mapa de Servicios Sociales de Gipuzkoa, sería el sector Este del territorio³⁵, y una muy insuficiente existencia de programas y centros (tanto de atención primaria como de atención secundaria) en las áreas, municipios y comarcas que conforman el sector Oeste. Ello tiene como consecuencia una saturación evidente –con los problemas que ello implica– en determinados municipios de la zona Este y una insuficiente disponibilidad

³⁵ El sector Este agrupa los municipios de Usurbil, Andoain, Lasarte-Oria, Urnieta, Hernani, Errenteria, Astigarraga Donostia, Pasaia, Lezo, Oiartzun, Irun y Hondarribia, y las comarcas de Bidasoa y Donostialdea. El sector Oeste agrupa el resto de los municipios, que se articulan en torno a cinco comarcas: Urola Kosta, Debabarrena, Debagoiena, Goierri y Tolosaldea.

de servicios y equipamientos en la zona Oeste.

En todo caso, los problemas relativos a la ordenación territorial no se refieren únicamente a la actual ubicación de los recursos. Un problema importante relacionado con esta cuestión se refiere a la ausencia de mecanismos para la promoción de equipamientos de titularidad municipal y ámbito supramunicipal: tres de los recursos orientados a las personas en situación o riesgo de exclusión de atención primaria –el servicio de atención diurna, el servicio de acogida nocturna y la vivienda tutelada– se definen como de ámbito comarcal, pero son de titularidad municipal. Teóricamente, cada comarca guipuzcoana debería contar con al menos un centro de este tipo y las coberturas mínimas establecidas deberían aplicarse a cada comarca. Sin embargo, el Mapa de Servicios Sociales de la CAPV establece expresamente que las coberturas mínimas se deben aplicar al conjunto del territorio, con lo que ninguna comarca ni ayuntamiento se entiende obligada a garantizar unas coberturas mínimas en relación con unos centros que, paradójicamente, se consideran de media proximidad. Por otra parte, no existen en el Mapa de Servicios Sociales mecanismos que garanticen no sólo que se cubran unos niveles mínimos de cobertura a nivel de comarca, sino la propia existencia de recursos a nivel comarcal, disponibles para el conjunto de las personas residentes en esa comarca.

En todo caso, y en relación con el papel que la Diputación Foral de Gipuzkoa debería jugar al margen de la prestación de servicios y a las fórmulas de co-gestión de servicios a las que antes se ha hecho referencia, el Mapa de Servicios Sociales sí establece que las diputaciones forales facilitarán el proceso de planificación de la red y la elaboración del Mapa “e incluso otros procesos que puedan servir de ayuda a los ayuntamientos para desplegar la red de servicios, como la constitución de mancomunidades u otras agrupaciones municipales”. De hecho, la propia Ley de Servicios Sociales asigna a las diputaciones la función de “promoción y fomento de la constitución de mancomunidades o de otras agrupaciones municipales para la prestación de servicios sociales de acuerdo con el principio de proximidad geográfica y de eficiencia en la utilización de los recursos”. Ello quiere decir que sería necesario alcanzar acuerdos de ámbito comarcal –si es necesario, impulsados o promovidos por la administración foral– para avanzar en la planificación de los recursos de atención primaria que se consideran de media proximidad, es decir, de ámbito comarcal. Un paso adicional en ese sentido sería aplicar a los recursos de atención primaria de cada comarca las coberturas mínimas³⁶ establecidas para el conjunto del territorio, algo a lo que los acuerdos interinstitucionales adoptados no obligan, pero que tampoco prohíben.

³⁶ Cuarenta y siete plazas por cada 10.000 habitantes de 18 a 64 años en lo que se refiere a los servicios de atención diurna, 31 en los centros de acogida nocturna y 20 en las viviendas tuteladas.

f) La determinación del acceso a los recursos, el procedimiento básico de intervención y la equidad de todos los ciudadanos en el acceso a aquéllos

Si bien para algunas de las personas que han participado en el debate el modelo de intervención en el ámbito de los servicios sociales está suficientemente definido en la Ley 12/2008 de Servicios Sociales, y cualquier aclaración o concreción adicional en ese sentido correspondería a las instituciones autonómicas, muchas de las personas que han participado en el debate consideran que existen problemas importantes para determinar el acceso a los recursos, el procedimiento básico de intervención y la equidad de todos los ciudadanos en el acceso a aquéllos. Dichos problemas se relacionan con, y contribuyen a, la escasa articulación del sistema a la que antes se ha hecho referencia, y resultaría conveniente adoptar medidas para su resolución.

Los problemas que se observan son los siguientes:

- La necesidad de reforzar el papel de los servicios sociales de base como puerta de acceso a los servicios. Las dificultades para que los servicios sociales de base actúen como puerta efectiva de acceso a los recursos de servicios sociales son antiguas, se producen en los tres territorios históricos y afectan al conjunto de los servicios sociales. La situación al respecto es, de hecho, mejor en Gipuzkoa que en Bizkaia y Álava, lo que puede ser acreditado de forma objetiva. Todo ello no impide reconocer que existe un elevado nivel de insatisfacción entre los responsables de los servicios sociales de base sobre su papel como ventanilla única de acceso al sistema de servicios sociales³⁷ y que, en muchos casos, el papel de los servicios sociales de base se limita a la tramitación administrativa de los expedientes de acceso. Las razones para que esto ocurra son múltiples –la mayor accesibilidad en algunas zonas de las entidades sin fin de lucro o su mayor dinamismo, la menor agilidad de los servicios públicos, la escasez de su dotación profesional y la pasividad institucional a la que antes se ha hecho referencia–, pero en todo caso ponen de manifiesto la necesidad de reflexionar sobre las deficiencias del modelo de intervención establecido.
- La necesidad de mejorar la transición entre los servicios de atención primaria y secundaria, y la comunicación entre ambas redes. El problema básico en torno a la reubicación de la puerta de

³⁷ En ese sentido, una de las conclusiones que se derivan del debate mantenido recientemente por el Ararteko y los colegios profesionales de Trabajo Social en torno a la situación de los servicios sociales de base (VV.AA., 2015) apunta a que estos últimos no han llegado a ser efectivamente la puerta de entrada a los servicios sociales y que, de hecho, la situación ha empeorado en los últimos años a este respecto. De acuerdo al resumen de ese debate, parece bastante extendida la preocupación por un cierto vaciamiento en la función de los servicios sociales de base, y la sensación de que éstos servicios han sido relegados a un papel subsidiario de otras administraciones e, incluso, del tercer sector. Ese vaciamiento no ha supuesto, sin embargo, una reducción de la carga de trabajo; en todo caso, la ha modificado.

acceso tiene mucho que ver con las relaciones de coordinación que se establecen para casos concretos entre los servicios sociales municipales, los forales y, en ocasiones, las entidades del tercer sector encargadas de la intervención. Se ponen de manifiesto, en ese sentido, disfunciones y descoordinaciones diversas, y algunas personas consultadas demandan poder participar en los procesos de asignación de recursos de atención secundaria. Se habla, en ese sentido, de la incoherencia que supone asignar a los ayuntamientos la responsabilidad sobre los casos sin asignarles, al mismo tiempo, capacidad alguna de incidir en el acceso a los recursos de la red y se reclama poder participar de alguna manera en los procesos de asignación de recursos de atención secundaria.

Si bien es cierto que esta demanda choca con lo establecido en la normativa vigente³⁸, desde de la óptica de un sistema integrado cabe cuestionar la ausencia de mecanismos conjuntos de asignación de recursos, o, más bien, la facultad que cada nivel administrativo (particularmente el secundario) tiene para aplicar los criterios de acceso a los recursos de forma unilateral. Para evitar esos problemas, y sin necesidad de modificar el marco normativo vigente, se podrían articular procedimientos que permitan tener en cuenta en la mayor medida posible la opinión de las personas que ejercen las funciones de responsable de caso, así como mejorar la transmisión de la información y la coordinación tanto cuando una persona pasa de la atención primaria a la secundaria como cuando retorna a la atención primaria.

- La necesidad de aclarar las funciones relacionadas con la gestión de casos y el acompañamiento social. El informe del Ararteko sobre la situación de los servicios sociales de base realizado en 2009 ponía de manifiesto, entre sus conclusiones, “la ausencia de un modelo de intervención común, la carencia de una estructuración suficiente que dote de herramientas, equipos, procedimientos, instrumentos y prácticas profesionales comunes a los servicios sociales de base en el conjunto de la Comunidad Autónoma del País Vasco. Se echa en falta, en ese sentido, la existencia de corpus procedimental que oriente y delimite la práctica profesional, no sólo del trabajo social y de la intervención socioeducativa, sino del conjunto de los Servicios Sociales de Base” (Ararteko, 2010: 518).

³⁸ El Decreto de Cartera que atribuye a la administración competente para la prestación del servicio la facultad de resolver las solicitudes de acceso. Asimismo, el Decreto de Cartera establece que “según lo previsto en el artículo 19.4, letra a, y 30.2 de la Ley de Servicios Sociales, las decisiones de otras administraciones públicas cuya intervención se ha solicitado –y, en particular, las de las y los profesionales responsables de la valoración y/o diagnóstico especializado–, emitidas a través de los órganos administrativos que correspondan, tendrán carácter vinculante para la o el profesional referente (responsable del caso) cuando determinen la concesión o denegación del acceso a una prestación o servicio que de ellos dependa” (art. 18.1).

Esa ausencia sigue siendo hoy día obvia y se traduce en la existencia de múltiples prácticas y formas de entender las figuras del responsable y el referente de caso, que en ocasiones se mezclan o solapan con determinados servicios de la cartera –la intervención socioeducativa– o determinadas prestaciones técnicas –el acompañamiento social–. Como han señalado algunas de las personas participantes en el debate, y como se puso de manifiesto en el seminario promovido en torno a esta cuestión por el Departamento de Política Social de la Diputación Foral de Gipuzkoa y la universidad de Deusto, no se han desarrollado todavía criterios que permitan clarificar el procedimiento de intervención, especialmente en todo lo que se refiere al papel del responsable o referente de caso, ni las funciones de los programas de acompañamiento e intervención socioeducativa y psicosocial, y tampoco se han desarrollado mecanismos que permitan trabajar de forma coordinada –desde todos los ámbitos implicados– con un mismo caso. Ello da lugar a situaciones en las que se producen duplicidades –más de un programa o entidad realizando intervenciones similares, pero desde planteamientos y posiciones diferentes– o, al contrario, lagunas, con personas que no encuentran en el conjunto del sistema de servicios sociales la figura referencial o el programa de intervención socioeducativa que precisan. Todo ello requiere no sólo el refuerzo de los servicios de gestión de caso y de intervención socioeducativa, sino también la construcción de un modelo común de intervención y elaboración de planes individuales de intervención, todavía muy escasamente desarrollado.

- La tentación siempre presente de que los servicios, tanto de atención primaria como de secundaria, se rijan por criterios de exclusión de potenciales demandantes, por considerar que éstos no son de su incumbencia. Desde tal punto de vista, es necesario insistir –como han hecho algunas de las personas consultadas– en la necesidad de anteponer los criterios de inclusión sobre los de exclusión, y cabe también alertar sobre el riesgo que puede suponer, en ese sentido, una utilización inflexible de las herramientas de diagnóstico y valoración.

g) El papel del tercer sector

Otra de las cuestiones a las que debe hacerse referencia en este diagnóstico es el papel que juega la iniciativa privada sin fin de lucro, no sólo en lo que se refiere a la prestación de servicios, sino también a su definición y a la configuración de la red. Lógicamente, y en especial si se tiene en cuenta la tradición del territorio, la participación del tercer sector en la prestación de servicios de responsabilidad pública debe considerarse como una fortaleza del sistema, y como una garantía de cercanía, flexibilidad y eficiencia. Ello no debe hacer olvidar, sin embargo, el carácter público de los servicios recogidos en el Decreto de Cartera, independientemente de quién sea en la práctica la entidad encargada de su provisión.

Sin embargo, por razones históricas, la red de servicios para la inclusión social de Gipuzkoa se ha construido en gran medida a instancias de las entidades del tercer sector. Aunque la situación ha cambiado sustancialmente en ese aspecto y se han producido avances importantes derivados de una mejor articulación y una asunción más clara de lo que implica la responsabilidad pública en la prestación de servicios sociales, es todavía necesario mejorar algunos aspectos: en ese sentido, cabe pensar que aún se puede avanzar en el desarrollo de las herramientas normativas, financieras y contractuales que permitan a las administraciones públicas definir qué servicios se deben prestar, en qué condiciones, con qué medios y con qué resultados, al menos en lo que se refiere a los servicios que forman parte de la Cartera de Servicios Sociales.

Es posible pensar que estos problemas afectan básicamente al área de lo que sería la atención primaria, donde se generan problemas tales como la excesiva dependencia de personas voluntarias para la prestación de servicios que se constituyen como derecho subjetivo de responsabilidad pública; la existencia de servicios correspondientes a la Cartera de Servicios Sociales gestionados de forma autónoma por entidades privadas; o las dificultades, como se ha señalado, para que sean los servicios sociales de base, y no las entidades gestoras, la puerta real de acceso a los recursos. En ese sentido, algunas de las personas consultadas consideran que la iniciativa privada desarrolla –en el ejercicio de su autonomía– una serie de servicios, recursos o prestaciones ajenos a la Cartera de servicios sociales, pero que interactúan e influyen en ellos, generando una complejidad añadida a la hora de la intervención individual.

El pacto o consenso interinstitucional que se reclama para ‘aterrizar’ sobre el territorio el marco normativo vigente –delimitando de forma consensuada las funciones de los diversos centros y su despliegue territorial– debería, por tanto, extenderse a las entidades sin fin de lucro, clarificando los aspectos relativos a la financiación de los servicios, el contenido de las intervenciones y la configuración de la propia red de atención. Desde ese punto de vista, es necesario definir con claridad cuáles son los centros o programas que dan respuesta a los derechos que reconoce la Ley de Servicios Sociales y aplicar en relación con ellos –independientemente del carácter de la entidad prestadora de servicios– los criterios de calidad y control que corresponden a un servicio de responsabilidad pública.

Además de la provisión de esos servicios de responsabilidad pública, en los casos en los que se les encomiende esa gestión, las entidades sin fin de lucro han de tener la autonomía y el apoyo público necesarios para realizar todas aquellas actividades que consideren necesarias y que sean ajenas a esa Cartera. En ese sentido, es obvio que quedan fuera de la Cartera de Servicios Sociales numerosos servicios y actividades –especialmente, las relacionadas con la investigación, la sensibilización, la dinami-

zación comunitaria, la promoción de los vínculos de solidaridad local, o la defensa de los intereses y los derechos de las personas en situación o riesgo de exclusión– que estas entidades pueden desarrollar, con mayor eficiencia además que las administraciones públicas, mediante el recurso al voluntariado y a la movilización social. Para ello, entre otros aspectos, es necesario mejorar el modelo de ayudas a la iniciativa social actualmente existente.

h) Restricciones económicas y suficiencia financiera

Aunque éste no es el centro del presente estudio, debe hacerse referencia a la persistencia de dificultades económicas derivadas de la reducción de los presupuestos públicos y, sobre todo, de la carencia de un adecuado modelo de financiación de las competencias atribuidas en el ámbito de los servicios sociales a los ayuntamientos, especialmente tras la aprobación de la Ley 12/2008 de Servicios Sociales. En ausencia de una ley municipal que clarifique y actualice las funciones y las fuentes de financiación de los ayuntamientos, o de un replanteamiento real de los flujos económicos interinstitucionales en el ámbito de los servicios sociales vascos, el acuerdo adoptado por el Órgano Interinstitucional de Servicios Sociales para la creación de un fondo económico extraordinario difícilmente va a dar respuesta a las necesidades económicas que –para los ayuntamientos– representa el desarrollo de una cartera de servicios de atención primaria. Lo anterior no debe ocultar, en todo caso, la ya señalada tendencia al estancamiento en el gasto municipal en el ámbito de los servicios sociales para la inclusión, mientras que el resto de los niveles administrativos multiplicaban claramente su esfuerzo económico en este ámbito.

También debe hacerse referencia en este punto a la necesidad de mejorar el modelo de financiación de los servicios de responsabilidad pública prestados por las entidades sin fin de lucro. Si bien es cierto que el marco normativo no está todavía claramente establecido –aún no se ha aprobado el Decreto de Concertación que prevé la Ley 12/2008 de Servicios Sociales– y que se han dado pasos adelante en una mayor y mejor regulación de las relaciones entre las administraciones públicas y las entidades de iniciativa privada sin fin de lucro que actúan como proveedoras de servicios, no cabe duda de que es todavía posible seguir avanzando en el establecimiento de un marco de relaciones económicas que permita una financiación adecuada de los servicios de la Cartera –con condiciones laborales y niveles de intensidad adecuados– y en una mayor formalización de las relaciones entre las entidades públicas contratantes y las entidades privadas prestadoras de servicios.

i) Necesidades en materia de evaluación, indicadores de calidad y gestión del conocimiento

También se ha puesto de manifiesto la necesidad, para una mejor articulación del sistema, de avanzar

en lo que se refiere a la formación, la investigación y la gestión del conocimiento, prestando una mayor atención al paradigma de la práctica basada en la evidencia y, en ese marco, a la experimentación social. Cabe recordar en relación con esta cuestión que, desde al menos mediados de los años ochenta, se ha impuesto en los países de nuestro entorno la necesidad de aplicar el conocimiento basado en la evidencia científica a la gestión de las políticas sociales y sociosanitarias. Los procedimientos de la práctica basada en la evidencia tratan de hallar, mediante el consenso fundado en la evidencia, propuestas técnicamente correctas y políticamente aceptables para la mayoría de los agentes en un futuro plausible (Pinilla, 2006). La extensión de este paradigma proviene fundamentalmente de la medicina basada en la evidencia, que se define como el uso concienzudo, explícito y juicioso de la mejor evidencia³⁹ en el proceso de toma de decisiones acerca del cuidado de la salud de la persona (Sackett *et al.*, 1996).

En su aplicación al ámbito de los servicios sociales, la idea básica de la práctica basada en la evidencia se centra en que la intervención social se debe basar de forma sistemática en un conocimiento contrastado de su efectividad, derivado a su vez de la utilización de métodos sólidos de investigación empírica (Otto *et al.*, 2009). En el marco de este paradigma, la evidencia se deriva básicamente de la tradición científica occidental, y sitúa los diseños experimentales como la regla de oro de toda investigación (Petr y Walter, 2009). La traslación de este movimiento a los procesos de intervención social y sociosanitaria resulta sin duda necesaria, en la medida en que reivindica elementos razonables pero hasta ahora poco presentes en este campo, tales como el carácter científico de la intervención social, la necesidad de no improvisar y de no guiarse sólo por el sentido común, sino también por el contraste y la verificación de la intervención; la necesidad de elevar, en definitiva, la intervención social a una fase más adulta mediante la selección rigurosa de las intervenciones más efectivas. Desde esta filosofía, se entiende que los servicios deben evaluarse, no ya sólo desde la perspectiva de su actividad (indicadores de proceso relacionados con las coberturas alcanzadas, número de personas atendidas, gasto realizado), sino de los resultados que se obtienen para las personas usuarias, en función de los objetivos concretos establecidos previamente para cada intervención. Este deber está relacionado con la buena práctica profesional y con

el principio ético de no maleficencia, que establece que la principal obligación ética de los profesionales que trabajan con personas es no dañarlas a través de su actuación; aplicar intervenciones cuya efectividad se haya demostrado mediante investigaciones experimentales de carácter científico⁴⁰ constituye una manera de dar cumplimiento a este imperativo ético de la buena práctica profesional.

Tanto la adopción del paradigma de la práctica basada en la evidencia, en general, como la experimentación social, en particular, están jugando un papel esencial en la reconfiguración de los servicios sociales y pueden ser considerados como una tendencia cada vez más generalizada en los países de nuestro entorno. En ese sentido, cabe pensar en la necesidad de impulsar tanto la realización de proyectos piloto, que permitan experimentar enfoques o planteamientos novedosos antes de su generalización⁴¹, como la aplicación de marcos generales de indicadores de calidad y de impacto de las intervenciones, que permitan saber qué tipo de intervenciones resultan más efectivas, y coste-efectivas, desde el punto de vista de la inclusión social y la calidad de vida.

6.1.2. Exigencia, motivación para el cambio y funciones de la atención primaria y secundaria

Todas las personas consultadas en la fase de recogida de información coinciden en la necesidad de incorporar –o reforzar– algunos de los conceptos a los que se ha hecho referencia –contención, reducción de daños, baja exigencia, atención a la cronicidad, autodeterminación– en la red de servicios para la inclusión social en Gipuzkoa. Como se ha visto antes, una de las principales discusiones a este respecto se relaciona, sin embargo, con la cuestión competencial, en la medida en que, para algunas de las personas que han opinado en este debate, corresponde exclusivamente a la atención primaria la articulación de recursos orientados a la contención, la reducción de daños y la garantía de la calidad de vida (que se equiparan al concepto de baja exigencia), mientras que la atención secundaria debería orientarse exclusivamente a aquellas personas que precisan, quieren y pueden participar en un proceso de inclusión social, de carácter rehabilitador y en clave de media o alta exigencia. Para estas personas,

³⁹ Con estos enfoques se busca aplicar de forma experimental una intervención a un grupo determinado de personas y no aplicársela a otro grupo de las mismas características y, después, valorar los cambios que se han producido en cada uno de los dos grupos en una serie de aspectos previamente definidos. En este tipo de estudio, la aleatoriedad en la asignación de los miembros de cada uno de los grupos (el experimental, con el que se realiza la intervención, y el grupo de control, con quienes no se realiza esa intervención) es un rasgo importante, para determinar que el resultado es consecuencia de la intervención realizada y no de otros factores. La base que subyace a estos estudios es que, en la medida en que los dos grupos son idénticos en todas sus características, salvo en el hecho de haber sido sometidos a la intervención objeto de evaluación, cualquier resultado diferencial puede serle atribuido a la propia intervención.

⁴¹ En el ámbito de los servicios sociales guipuzcoanos se han desarrollado diversas iniciativas en esa línea, como, por ejemplo, el proyecto Etxean Ondo (Gobierno Vasco, 2012).

³⁹ La evidencia procede de la investigación científica básica y clínica: a partir de la evidencia clínica, la práctica médica sustituye pruebas diagnósticas y tratamientos previamente aceptados por otros nuevos, que son más potentes, precisos, eficaces y seguros. Este proceso de innovación basado en la investigación es lo que caracteriza a la medicina científica. El desarrollo de esta práctica tiene su origen, sin duda, en la necesidad de introducir principios de eficiencia económica y de responsabilidad social en las intervenciones, frente a una práctica anterior más orientada a la cobertura urgente de unas necesidades determinadas. Este movimiento se ha visto facilitado por los cambios tecnológicos y el desarrollo de la sociedad de la información, con bases de datos, herramientas estadísticas y sistemas de explotación, análisis y transmisión de la información más potentes y mejor conectados mediante las tecnologías de la información.

el carácter rehabilitador de la atención secundaria viene definido por el Decreto de Cartera, y no se trata, por tanto, de una decisión discrecional, sino del cumplimiento de la normativa vigente.

Desde esa óptica, se cuestiona la idea de que la atención secundaria se transforme para responder a las necesidades no atendidas por la atención primaria, y se considera que el fracaso de determinadas personas en la atención secundaria no se debe a que los centros y servicios de secundaria no se adapten al perfil de esas personas, sino a la insuficiencia de los recursos de atención primaria. En ausencia de éstos, se produce, a juicio de estas personas, una carrera de derivaciones de casos sin preparar y trabajar hacia el nivel secundario de atención –encaminando a estas personas hacia un fracaso más que probable, por ausencia de alternativas– y se fuerzan las derivaciones para que encajen en las plazas libres existentes en atención secundaria, contra toda lógica, en vez de aumentar los recursos de atención primaria, de baja exigencia.

A este respecto, debe señalarse, sin embargo, que –de la misma manera que la atención secundaria no equivale, de acuerdo con el Decreto de Cartera, a la alta o media exigencia–, tampoco se caracteriza por orientarse exclusivamente a las personas con conciencia del problema y motivación para el cambio. Por una parte, el Decreto de Cartera exige que las personas usuarias demuestren motivación para el cambio y compromiso para la realización de itinerarios de inserción social y sociolaboral tanto en algunos recursos de primaria (vivienda tutelada) como en algunos –no en todos– recursos de secundaria (servicio o centro de día para atender necesidades de inclusión social, y centros residenciales para personas en situación de exclusión y marginación). En el caso del centro de acogida nocturna para atender necesidades de inclusión social no se hace referencia a este requisito.

Estrictamente hablando, la filosofía del *housing first* a la que se ha hecho previamente referencia –y que se caracteriza, entre otras cuestiones, por su incondicionalidad– no tendría, por tanto, cabida en ninguno de los servicios residenciales de media y larga estancia contemplados en el Decreto de Cartera –ni de primaria, ni de secundaria–, en la medida en que tanto la vivienda tutelada como los centros residenciales para personas en situación de exclusión y marginación requieren tener conciencia de esa situación y motivación por cambiarla, así como comprometerse a realizar un itinerario de inclusión social y sociolaboral u ocupacional, y mantenerse realizándolo mientras se utiliza este servicio. Por ello –y aun teniendo presente el riesgo que supone el continuo cuestionamiento de los marcos normativos establecidos– para aplicar la filosofía que se deriva de los enfoques como el *housing first*, y para regular el acceso a los recursos en clave de inclusión y no en clave de exclusión, resulta necesario trascender el actual borrador del Decreto de Cartera, entendiéndolo como base, y no como límite, para el desarrollo de los servicios.

6.1.3. La organización, la dotación y el despliegue de los recursos

En relación con el despliegue de los diversos servicios y centros, y dejando al margen los aspectos relacionados con la articulación del sistema y los aspectos conceptuales, cabe hacer las siguientes consideraciones:

- La existencia de una red de recursos especialmente basada en los centros de alojamiento y en las prestaciones económicas, con un desarrollo muy incipiente de los servicios de atención diurna y, sobre todo, de los programas individualizados de acompañamiento, educación de calle, intervención socioeducativa y apoyo para la vida independiente. En ese sentido, una de las conclusiones básicas que se deriva de este diagnóstico es que, pese a su importancia y pese a los avances realizados en los últimos años, no se han desarrollado todavía suficientemente en Gipuzkoa los programas o prestaciones de intervención socioeducativa, de apoyo individualizado y de acompañamiento social, que resultan en muchos casos imprescindibles en la prevención y el abordaje de las situaciones de exclusión, sean del nivel que sean. Frente a una apuesta relativamente sólida por los centros y las prestaciones económicas, cabe pensar que el desarrollo de este tipo de intervenciones, en las condiciones adecuadas, es una de las principales asignaturas pendientes de la red de atención a las personas en situación o riesgo de exclusión en Gipuzkoa.

Desde ese punto de vista, resulta necesario reforzar en su conjunto los programas de intervención socioeducativa de atención primaria, extendiéndolos a las personas en situación o riesgo de exclusión social (más allá de su tradicional orientación a las situaciones de riesgo de desprotección). Ello implica, entre otros aspectos, reforzar las intervenciones en medio abierto dirigidas a las personas en situación de exclusión social severa, delimitar de forma consensuada las características y los potenciales beneficiarios de los programas de acompañamiento especializado impulsados desde la administración foral y, fundamentalmente, extender los programas municipales de intervención socioeducativa a las personas y familias en riesgo de exclusión, así como a aquellas en situaciones de exclusión leve (en estrecha coordinación, en el caso de que sean perceptoras de la renta de garantía de ingresos, con los servicios de empleo mediante una aplicación más útil de los convenios o contratos de inserción).

- El escaso desarrollo de los servicios de atención diurna de atención primaria, que, de acuerdo con el Mapa de Servicios Sociales, deberían existir en todas las comarcas del territorio histórico, y cuya cobertura es en la actualidad muy inferior a los mínimos establecidos por el Mapa de Servicios Sociales para 2017.
- El muy escaso desarrollo de los modelos de vivienda tutelada para personas en riesgo de

exclusión, cuya cobertura es, de acuerdo con el Mapa de Servicios Sociales, muy inferior a la que marcan las coberturas mínimas establecidas. Como en el caso de los servicios de atención diurna, cada una de las comarcas y subcomarcas establecidas en el Mapa de Servicios Sociales debería disponer de al menos una vivienda de este tipo, con una dotación de 20 plazas por cada 10.000 habitantes de 18 a 64 años de edad. Debe hacerse además referencia a los problemas de este tipo de recursos en cuanto a la escasa rotación de las personas que acceden a ellos y a su utilización para dar respuesta a determinados perfiles muy determinados (personas mayores, autónomas, en situación de aislamiento social pero no necesariamente en situación de riesgo o exclusión social).

- El desigual despliegue territorial de los recursos, como antes se ha señalado, y la ausencia de mecanismos que promuevan la coordinación intermunicipal para la prestación de servicios de competencia municipal y ámbito geográfico supramunicipal.
- La práctica desaparición, durante los últimos años, de muchas iniciativas orientadas a la formación y la inserción laboral y ocupacional de las personas en situación o riesgo de exclusión (empresas de inserción, programas de empleo público, talleres ocupacionales), que resultaban útiles para trabajar procesos de inclusión con perfiles muy variados de personas en situación o riesgo de exclusión. Si bien este tipo de recursos han recibido una escasa atención en este documento, su desarrollo es –junto con el de los recursos sociosanitarios– una de las principales asignaturas pendientes de la red.
- La insuficiencia de los ratios de atención, en algunos casos, y la necesidad de adaptar la intensidad de las intervenciones a las necesidades de las personas atendidas y a las características de las prestaciones establecidas en la Cartera de Servicios Sociales.
- Las dificultades para incorporar al trabajo en los diversos recursos la perspectiva de género y la necesidad de garantizar que se tiene suficientemente en cuenta la diversidad cultural de las personas atendidas.
- Las dificultades, como antes se ha señalado, para trabajar en red con otros sistemas de bienestar y, en concreto, para:
 - a. Disponer de un parque de viviendas de alquiler social en el que poder alojar a las personas en situación o riesgo de exclusión que carecen de vivienda y requieren de un apoyo socioeducativo o psicosocial más o menos intenso.
 - b. Generar recursos sociosanitarios (de atención psiquiátrica o de convalecencia, por ejemplo) o prestar la atención sociosanitaria que requieren las personas en situación de exclusión social severa.

- c. Trabajar en clave preventiva y, fundamentalmente, articular procesos de desinstitucionalización (en el caso de altas hospitalarias programadas, excarcelaciones) que permitan una (re)integración adecuada en el entorno habitual de las personas.
- d. Alcanzar los niveles necesarios de coordinación con el personal de Lanbide y garantizar que se ofrece a las personas en situación o riesgo de exclusión social una atención adecuada en el marco del sistema de garantía de ingresos. Particular atención merece en ese aspecto la prevención de las suspensiones injustificadas de la prestación y, en general, el fenómeno del ‘no acceso’ a las prestaciones.

6.2. Propuestas y recomendaciones

A lo largo de este artículo se ha analizado la evolución de las situaciones de exclusión y pobreza en el territorio histórico de Gipuzkoa, así como el desarrollo de la red de recursos para la inserción. Se han recogido también las consideraciones –no siempre coincidentes– de un amplio grupo de agentes en relación con el funcionamiento de esa red de recursos y se ha planteado un diagnóstico sobre las debilidades y fortalezas de esa red. Se han analizado, además, algunas tendencias y enfoques conceptuales desarrollados en otros países de nuestro entorno en el ámbito de la exclusión social.

La reflexión realizada a partir de esa información apunta a la necesidad de acometer tres grandes cambios en la red de recursos guipuzcoana para la inserción:

- Relativizar la lógica de la inclusión activa –que ha sido por ejemplo la que ha guiado filosóficamente la transferencia de la gestión de las políticas de garantía de ingresos a Lanbide– y apostar en todo caso, como antes se ha señalado, por una lógica basada en la activación inclusiva.
- Apostar –tanto en la atención primaria como en la atención secundaria– por incorporar a la práctica cotidiana los paradigmas teóricos a los que antes se ha hecho referencia: derechos, calidad de vida, autodeterminación, individualización y control, o reducción de daños, entre otros. Ello no implica incumplir la normativa actual pero sí, entre otros aspectos, la necesidad de desarrollar en el ámbito de la atención secundaria –junto con otros programas y servicios– recursos residenciales de media o alta intensidad y baja exigencia, generalmente de larga estancia y fundamentalmente orientados a mejorar la calidad de vida de las personas en situación de exclusión social severa.
- Reforzar el conjunto de los servicios de atención primaria, con particular atención a los programas de intervención socioeducativa y las viviendas tuteladas, así como a los servicios de atención diurna y los centros de acogida nocturna, promoviendo la prestación mancomunada de estos servicios y su adecuada ordenación territorial.

Más concretamente, la necesaria reordenación de los servicios para la inclusión social en Gipuzkoa pasa por alcanzar un pacto o acuerdo global entre la Administración foral y la municipal, que podría materializarse en los siguientes puntos:

- Delimitar el contenido y la orientación de los recursos de atención primaria y secundaria en función, fundamentalmente, del criterio de la intensidad de la intervención, especializando los recursos de atención secundaria en la media y alta intensidad, y los de atención primaria en la baja intensidad.
- Desarrollo de nuevos recursos co-gestionados y co-financiados para cubrir las posibles lagunas o huecos en el Decreto de Cartera.
- Creación de mecanismos estables de coordinación e interlocución entre la Diputación Foral y los ayuntamientos.
- Cumplimiento íntegro por parte del Departamento de Política Social de la Diputación Foral de Gipuzkoa del Mapa Foral de Servicios Sociales entre los años 2016 y 2017, aumentando los recursos de atención secundaria.
- Puesta en marcha por parte del Departamento de Política Social del proceso de valoración de la exclusión social mediante la herramienta de valoración de la exclusión social desarrollada por el Gobierno Vasco, y creación del Servicio de Valoración.
- Revisión por parte del Departamento de Política Social de las ratios de personal de los diferentes recursos de atención secundaria, con vistas a su incremento, y realización de un estudio sobre los perfiles y dotaciones profesionales que corresponden a cada tipo de servicio.
- Establecimiento por parte del Departamento de Política Social de la Diputación Foral de Gipuzkoa de criterios consensuados para la elaboración de los planes de atención individualizada y el procedimiento de intervención.
- Impulso, tanto desde la atención primaria como desde la atención secundaria –y, en colaboración, en su caso, con las administraciones competentes en materia de vivienda– de programas basados en la filosofía del *housing first* y, en general, de fórmulas de vivienda con apoyo de baja, media y alta intensidad, y baja o media exigencia.
- Impulso al acceso de personas en situación de exclusión social moderada o grave que no están en situación de discapacidad y no tienen una enfermedad mental a la actual red de centros ocupacionales.
- Creación como proyecto piloto experimental, y posterior evaluación, de programas de apoyo a la vida independiente orientados a personas en situación de exclusión social moderada o grave.
- Impulso generalizado por parte de los ayuntamientos –con la colaboración técnica, si se considera oportuno, del Departamento de Política

Social de la Diputación Foral de Gipuzkoa en la línea de lo realizado en el ámbito de la desprotección infantil– de programas de intervención socioeducativa orientados a las personas y familias en riesgo de exclusión social.

- Desarrollo por parte de la Diputación Foral de Gipuzkoa, tal y como indican la Ley de Servicios Sociales y el Decreto de Cartera, de mecanismos para la promoción y fomento de la constitución de mancomunidades o de otras agrupaciones municipales para la prestación de servicios sociales de acuerdo con el principio de proximidad geográfica y de eficiencia en la utilización de los recursos.
- Lo anterior implica el desarrollo por parte de los ayuntamientos de los recursos de vivienda tutelada, servicios de atención diurna y centros de acogida nocturna, de forma que se alcancen en todas las comarcas las dotaciones y coberturas mínimas establecidas en el Mapa de Servicios Sociales.
- Impulso a los programas de formación, investigación y gestión del conocimiento en relación con las cuestiones relacionadas con la extensión de la exclusión social y la conceptualización del fenómeno, la efectividad de las intervenciones, las experiencias de buena práctica y las tendencias e innovaciones que al respecto se desarrollan en los países de nuestro entorno.

Finalmente, en relación con otras instancias y administraciones, cabe destacar la necesidad de avanzar en los siguientes aspectos:

- Establecimiento de un modelo de intervención con el tercer sector en relación con las condiciones de prestación de los servicios, a partir del cual se establezca un marco de actuación compartido entre la Diputación Foral de Gipuzkoa y las entidades prestadoras de servicios sociales. La mejora de la colaboración entre la administración pública y el tercer sector implica:
 - a. Mejorar los actuales sistemas de concertación de servicios, tanto desde el punto de vista económico y contractual, como desde el punto de vista del liderazgo de las instituciones en la definición de la red, las características de los centros, el objetivo de las intervenciones y las condiciones en las que se prestan los servicios.
 - b. Evitar –en lo que se refiere a los servicios o prestaciones incluidas en la Cartera– la generación por parte del tercer sector de intervenciones, centros o redes paralelas que inciden y dificultan la labor de los servicios públicos.
 - c. Tender a la definición de una red de servicios menos centrada en la entidad prestadora y en el colectivo atendido, y más orientada a la gestión por procesos.
- Impulso, en colaboración con el Servicio Vasco de Empleo, las agencias de desarrollo local y el resto de los organismos municipales y forales compe-

- tentes en materia de promoción económica y de empleo, de los programas dirigidos a la formación y a la inserción laboral y prelaboral de las personas en situación o riesgo de exclusión, mediante programas específicos de apoyo al empleo social protegido.
- Puesta en marcha, en colaboración con la Red de Salud Mental de Gipuzkoa, de un programa de atención a personas en situación de exclusión social severa con enfermedad mental y/o patología dual, que incluya la intervención en medio abierto.
 - Puesta en marcha, en colaboración con Osakidetza, de un centro de carácter sociosanitario para la atención de las personas en situación de exclusión social severa que precisen una atención sociosanitaria específica en periodos de convalecencia.
 - Puesta en marcha, en colaboración con los servicios municipales y autonómico de vivienda, de un programa de acceso específico a VPO de alquiler para la población que ha participado en procesos de inclusión y/o que participa en programas de intervención socioeducativa o familiar.

Bibliografía referenciada

- AGUIRRE, B. (2013): "El acompañamiento social personalizado como fórmula innovadora de respuesta a personas con trastorno mental y en exclusión social", *Zerbitzuan*, nº 54, págs. 127-137 [<http://dx.doi.org/10.5569/1134-7147.54.08>].
- ARARTEKO (2010): *La situación de los servicios sociales de base en la Comunidad Autónoma del País Vasco/ Euskal Autonomia Erkidegoko oinarritzko gizarte zerbitzuen egoera. Arartekoak Legebiltzarrari egindako txosten berezia*, serie: Informes Extraordinarios, Vitoria-Gasteiz, Ararteko [http://www.ararteko.net/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/1_1941_3.pdf].
- ARARTEKO *et al.* (2015): *Declaración conjunta de Ararteko y colegios profesionales de trabajo social de Euskadi respecto al seguimiento del informe extraordinario del Ararteko sobre la situación de los servicios sociales de base en la Comunidad Autónoma del País Vasco (2009)*, Vitoria-Gasteiz, 17-3-15 [http://www.ararteko.net/contenedor.jsp?layout=contenedor.jsp&codResi=1&language=es&codMenu=272&codMenuPN=1&codMenuSN=376&contenido=10143&tipo=5&nivel=1400&seccion=s_fdoc_d4_v7.jsp&title=Declaraci%F3n+conjunta+de+Ararteko+y+colegios+profesionales+de+trabajo+social].
- ASOCIACIÓN ZUBIETXE; y FUNDACIÓN EDE (2013): *Proyecto piloto para el acompañamiento social personalizado como fórmula innovadora de respuesta a personas con trastorno mental y en exclusión social*, Bilbao, Asociación Zubietxe [<http://zubietxe.org/wp-content/uploads/2013/12/Documento-Zubietxe.docx>].
- CÁRITAS DIOCESANA DE BILBAO; y MÉDICOS DEL MUNDO (2013): *Manual de buenas prácticas para la creación de alternativas de intervención dirigidas a la población drogodependiente en situación de exclusión social: un nuevo paradigma de intervención*, Bilbao, Cáritas Diocesana de Bilbao; Bilbao, Médicos del Mundo.
- CARR, S. (2008): *Personalisation: A Rough Guide*, serie SCIE Report, Londres, Social Care Institute for Excellence [<http://www.scie.org.uk/publications/reports/report20.asp>].
- DEPARTAMENTO DE EMPLEO Y POLÍTICAS SOCIALES (s.d.): *Instrumentos comunes de diagnóstico social y valoración de la exclusión* [http://www.gizartelan.ejgv.euskadi.eus/r45-contss/es/contenidos/informacion/instrumento_valoracion/es_instrume/instrumento_valoracion.html].
- EUSTAT (2015): *Cuenta de la Protección Social*, Vitoria-Gasteiz, Eustat-Instituto Vasco de Estadística [http://es.eustat.es/ci_ci/estadisticas/tema_94/opt_o/tipo_1/ti_Cuenta_de_la_Proteccion_Social/temas.html].
- (2013): *Estadística de Servicios Sociales y Acción Social*, Vitoria-Gasteiz, Eustat-Instituto Vasco de Estadística [http://es.eustat.eus/estadisticas/tema_24/opt_o/temas.html].
- FEDERACIÓN SARTU (2013): *Nuevas herramientas profesionales para nuevos itinerarios de incorporación social*. Bilbao, Federación Sartu [<http://www.sartu.org/wp-content/uploads/2013/12/Herramientas-Incorporacion.pdf>].
- GRUPO DE ALOJAMIENTO DE EAPN MADRID (2013): *El modelo Housing First, una oportunidad para la erradicación del sinhogarismo en la Comunidad de Madrid*, Madrid, Red Madrileña de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social [<http://>].

- www.eapnmadrid.org/cms/asp/descarga_fichero2.asp?id_doc=90}].
- HOUGH, J.; y RICE, B. (2010): *Providing Personalised Support to Rough Sleepers. An Evaluation of the City of London Pilot*, York, Joseph Rowntree Foundation [https://www.jrf.org.uk/report/providing-personalised-support-rough-sleepers}].
- IAÑEZ, A. (2010): Exclusión y diversidad funcional. Una propuesta de intervención social basada en el modelo de vida independiente, *Revista de Trabajo Social UPB*, nº 26, págs. [https://revistas.upb.edu.co/index.php/trabajosocial/article/view/748 }].
- JOHNSON, S.; y TEIXEIRA, L. (2010): *Staircases, Elevators and Cycles of Change. 'Housing First' and Other Housing Models for Homeless People with Complex Support Needs*, Londres, Crisis [http://www.crisis.org.uk/data/files/publications/HousingModelsReport.pdf}].
- LAPARRA, M.; ZUGASTI, N.; y GARCÍA LAUTRE, I. (2014): *Reflexiones metodológicas en el análisis de la exclusión social*, serie Documentos de Trabajo del VII Informe sobre Exclusión y Desarrollo Social en España, nº 3.11 Madrid, Fundación Foessa [http://www.foessa2014.es/informe/uploaded/documentos_trabajo/2811201400407_3133.pdf}].
- MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, T. (2013): *Avanzar en atención gerontológica centrada en la persona*, serie Papeles de la Fundación, nº 2, Madrid, Fundación Pilares para la Autonomía Personal.
- (2011): *La atención gerontológica centrada en la persona. Guía para la intervención profesional en los centros y servicios de atención a personas mayores en situación de fragilidad o dependencia*, serie Documentos de Bienestar Social-Gizartea Hobetuz, nº 76, Vitoria-Gasteiz, Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco [http://www.gizartelan.ejgv.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_ss/es_publica/adjuntos/Atencion%20Gerontologica.pdf}].
- MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICAS SOCIALES E IGUALDAD (2011): *Configuración de una red local de atención a personas sin hogar integrada en el Sistema Público de Servicios Sociales. 100 argumentos y propuestas*, Madrid, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad [http://www.msps.es/gl/novedades/docs/100argumentosEspayol.pdf}].
- ÓRGANO ESTADÍSTICO ESPECÍFICO DEL DEPARTAMENTO DE EMPLEO Y POLÍTICAS SOCIALES (2014): *Encuesta de Necesidades Sociales 2014, Módulo EPDS-Pobreza. Comunidad Autónoma de Euskadi. Principales resultados / Behar Sozialer buruzko Inkesta 2014 PGDI Pobrezia-Modulua. Euskal Autonomia Erkidegoa. Emaizta nagusiak*, Vitoria-Gasteiz, Eusko Jaurlaritzza-Gobierno Vasco [http://www.gizartelan.ejgv.euskadi.net/contenidos/informe_estudio/informe_epds_2014/es_epds2012/adjuntos/Informe%20M%C3%B3dulo%20EPDS%202014_es.pdf}].
- OTTO, H. U. et al. (eds.) (2009): *Evidence-based Practice. Modernising the Knowledge Base of Social Work?*, Leverkusen Opladen, Barbara Budrich.
- PAÍS VASCO (2015): “Decreto 185/2015, de 6 de octubre, de Cartera de Prestaciones y Servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales”, *Boletín Oficial del País Vasco*, nº 206, 29-10-15 [http://www.euskadi.net/bopv2/datos/2008/12/0807143a.pdf}].
- (2008a): “Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales”, *Boletín Oficial del País Vasco*, nº 246, 24-12-2008, págs. 31.840-31.924 [http://www.euskadi.net/bopv2/datos/2008/12/0807143a.pdf}].
- (2008b): “Ley 18/2008, de 23 de diciembre, para la Garantía de Ingresos y para la Inclusión Social”, *Boletín Oficial del País Vasco*, nº 250, 31-12-2008, págs. 32.729-32.804 [http://www.lehendakaritza.ejgv.euskadi.net/r48-vacia/es/bopv2/datos/2008/12/0807235a.pdf}].
- PAULY, B. et al. (2013): “Housing and harm reduction: What is the role of harm reduction in addressing homelessness?”, *International Journal of Drug Policy*, vol. 24, nº 4, págs. 284-290 [http://dx.doi.org/10.1016/j.drugpo.2014.11.008}].
- PÉREZ ERANSUS, B. (2009): “La activación como criterio político para la intervención social en el ámbito de la exclusión”, en JARAÍZ, G., *Actuar ante la exclusión. Análisis, políticas y herramientas para la inclusión social*, Colección de Estudios, Madrid, Fundación Foessa; Madrid, Cáritas Española Editores, págs. 281-298.
- (2006): “Rentas mínimas y políticas de activación”, *Documentación Social*, nº 143, págs. 77-92 [http://www.caritas.es/imagesrepository/CapitulosPublicaciones/823/05%20RENTAS%20M%C3%8CNIMAS%20Y%20POL%C3%8DTICAS%20DE%20ACTIVACI%C3%93N.pdf}].
- PETR, C. G.; y WALTER, U.M. (2009): “Evidence-based practice. A critical reflection”, *European Journal of Social Work*, vol. 12, nº 2, págs. 221-232 [http://dx.doi.org/10.1080/13691450802567523}].
- PINILLA, R. (2006): “Política basada en la evidencia para la renovación del Estado del bienestar” [ponencia elaborada para el XIII Encuentro de Economía Pública, Almería, 2 y 3 de febrero de 2006] [http://www.ual.es/congresos/econogres/docs/Institucional2/Pinilla%20XIII%20EEP.pdf}].
- RODRÍGUEZ, P.; y MARTÍNEZ, T. (2012): *Etxean ondo. Proyecto piloto para mejorar la atención domiciliaria y la inclusión y participación comunitaria de las personas mayores en algunos municipios de Euskadi. Documentos metodológicos y de soporte y programas de intervención marco*, Vitoria-Gasteiz, Eusko Jaurlaritzza-Gobierno Vasco [http://www.gizartelan.ejgv.euskadi.net/r45-contss/es/contenidos/informacion/estadisticas_ss/es_estadist/adjuntos/DOCUMENTOS%20METODOL%C3%93GICOS%20Y%20PIM.pdf}].
- RODRÍGUEZ-PICAVEA, A.; y ROMANACH, J. (2007): “La figura del asistente personal para la vida independiente y la promoción de la autonomía de las personas con diversidad funcional (discapacidad)”, en MARTÍNEZ, M. A. et al. (coords.), *El camino hacia la inserción social. VIII Simposio Internacional de Empleo con*

- Apoyo (Valencia, 7, 8 y 9 de marzo de 2007)*, Instituto Universitario de Integración en la Comunidad [http://sid.usal.es/idocs/F8/FD018796/ActasVISimposio_Empleo_Apoyo.pdf].
- SACKETT, D. L. *et al.* (1996): "Evidence based medicine: What it is and what it isn't", *British Medical Journal*, vol. 312, nº 7.023, págs. 71-72 [<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71>].
- SCHALOCK, R. L.; y VERDUGO, M. A. (2007): "El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual", *Siglo Cero*, vol. 38, nº 224, págs. 21-36 [<http://riberdis.cedd.net/handle/11181/3169>].
- SIIS CENTRO DE DOCUMENTACIÓN Y ESTUDIOS (2015a): *Encuesta de Pobreza y Exclusión Social de Gipuzkoa 2014. Avance de resultados*, Donostia-San Sebastián, Diputación Foral de Gipuzkoa [<http://behagi.eus/files/informes/avance-de-resultados-epesg-2014.pdf>].
- (2015b): *II Estudio sobre la situación de las personas en situación de exclusión residencial grave en la CAPV = EAEn bizitegi-bazterketa larrian daudenen egoerari buruzko II. azterketa*, Donostia-San Sebastián, SIIS Centro de Documentación y Estudios [<http://www.siais.net/es/documentacion/catalogo/Record/505219>].
- (2013a): *Encuesta de Pobreza y Exclusión Social de Gipuzkoa 2012. Informe de resultados / Gipuzkoako Pobrezia eta Gizarte Bazterketari buruzko Inkesta 2012. Emaita txostena*, Donostia-San Sebastián, Diputación Foral de Gipuzkoa [<http://www.siais.net/documentos/informes/informes/PobrezaGipuzkoa2012.pdf>].
- (2013b): *Estudio sobre la situación de las personas en situación de exclusión residencial grave en la CAPV*, Vitoria-Gasteiz, Eusko Jaurlaritza-Gobierno Vasco [<http://www.siais.net/documentos/ficha/194113.pdf>].
- (2012): *Activación y derecho a la inclusión en el marco de las políticas de empleo y de garantía de ingresos en la CAPV / Aktibazioa eta gizarteratzako eskubidea, EAeko enpleguko eta diru-sarrerak bermatzeko politiken esparruan*, Vitoria-Gasteiz, Eusko Jaurlaritza-Gobierno Vasco [http://www.siais.net/documentos/informes/Activacion_y_derecho_a_la_inclusion.pdf].
- (2011a): *Kale Gorrian. Estudio sobre la situación de las personas sin hogar en Donostia-San Sebastián / Kale Gorrian. Donostian etxerik gabeko pertsonen egoerari buruzko azterlana*, Donostia-San Sebastián, Ayuntamiento de Donostia-San Sebastián [<http://koha.siais.net:8080/cgi-bin/koha/catalogue/detail.pl?biblionumber=184012>].
- (2011b): *Prestaciones económicas y otras fórmulas de asignación económica individual en los sistemas de atención a la dependencia. Panorama comparativo internacional*, Donostia-San Sebastián, Diputación Foral de Gipuzkoa [<http://www.siais.net/documentos/informes/Informeprestacioneseconomicas.pdf>].
- SOULET, M. H. (2007): "La reconnaissance du travail social palliatif", *Dépendances*, nº 33, págs. 14-18.