

ZERBITZUAN

63

5 ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES MUNICIPALES EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS: CINCO ESTUDIOS DE CASO **49** SERVICIOS DE PRIMARIA Y SECUNDARIA QUE COMPARTEN EQUIPAMIENTO. EXPERIENCIAS EN GIPUZKOA: POSIBILIDADES Y DIFICULTADES **57** MEDICAMENTOS VIEJOS PARA PACIENTES NUEVOS: EL IMPACTO DE LA CRISIS EN LOS SERVICIOS SOCIALES DE LA CIUDAD DE ZARAGOZA DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS TRABAJADORES SOCIALES **75** AVANCES, LÍMITES Y RETOS EN LA GARANTÍA DE DERECHOS DE LA INFANCIA EN CATALUÑA. UNA APROXIMACIÓN DESDE EL ÁMBITO MUNICIPAL **89** TENDENCIAS Y BUENAS PRÁCTICAS EN LA ATENCIÓN A LA INFANCIA EN SITUACIÓN DE RIESGO SOCIAL **103** LAGUNTZADUN ENPLEGUAREN BIDEZ AUTISMO ESPEKTROAREN NAHASTEAREN DUTEN PERTSONEN LANERATZEA ENPLEGU ORDINARIOAN. HIRU ESPERIENTZIEI AZTERKETA **117** SOBRE LA DESPROTECCIÓN SOCIAL **125** DESARROLLO E INCORPORACIÓN DE TECNOLOGÍAS AVANZADAS EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES



EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO

ENPLEGU ETA GIZARTE
POLITIKETAKO SAILA
DEPARTAMENTO DE EMPLEO
Y POLÍTICAS SOCIALES

GIZARTE ZERBITZUETAKO ALDIZKARIA
REVISTA DE SERVICIOS SOCIALES
MAIATZA · MAYO 2017



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

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

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

EKOIZLEA • PRODUCE

SIIS Centro de Documentación y Estudios
SIIS Dokumentazio eta Ikerketa Zentroa
Fundación Eguía-Careaga Fundazioa
General Etxague, 10 - bajo
20003 Donostia
Tel. 943 42 36 56
Fax 943 29 30 07
www.siiis.net
publicaciones@siiis.net

ERREDAKZIO-KONTSEILUA • CONSEJO DE REDACCIÓN

Edorta Azpiazu
Maite Etxabe
Iñaki Heras
Elena Martín Zurimendi
Jesus Otaño
Arantxa Rodríguez Berrio
Luis Sanzo
Ramon Saizarbitoria
Helena Sotelo
Joseba Zalakain

Tirada: 950 ale/ejemplares

© Euskadiko Autonomia Erkidegoko Administrazioa.
Enplegu eta Gizarte Politiketako Saila
Administración de la Comunidad Autónoma
del País Vasco. Departamento de Empleo y
Políticas Sociales

EDIZIOA • EDITA

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco
Donostia-San Sebastián, 1
01010 Vitoria-Gasteiz

DISEINUA • DISEÑO

Estudio Lanzagorta

MAKETAZIOA • MAQUETACIÓN

Concetta Probanza

Lege Gordailua / Depósito Legal: SS 101-1986
ISSN: 1134-7147
Internet: <http://dx.doi.org/10.5569/1134-7147.63>

© Eguía-Careaga Fundazioaren
SIIS Dokumentazio eta Ikerketa Zentroa
SIIS Centro de Documentación
y Estudios de la Fundación Eguía-Careaga

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

Aldizkaria honako datu-baseetan

zerrendatuta dago:

Esta revista está incluida en las siguientes bases de datos:

- CIRC, Dialnet, DICE, Dulcinea, Inguma, IN-RECS, ISOC, Latindex, MIAR, RESH, Ulrich's.

Aurkibidea

Índice

5

Organización de los servicios sociales municipales en las comunidades autónomas: cinco estudios de caso
SIIS Centro de Documentación y Estudios
Lucía Martínez Virto
Miguel Ángel Manzano
Carlos Santos
Carmen de la Sierra
Arantxa Hernández Echegaray
María José Aguilar

49

Servicios de primaria y secundaria que comparten equipamiento. Experiencias en Gipuzkoa: posibilidades y dificultades
Jon Iribar Goenaga

57

Medicamentos viejos para pacientes nuevos: el impacto de la crisis en los servicios sociales de la ciudad de Zaragoza desde la perspectiva de los trabajadores sociales
Elisa Esteban Carbonell
Sandra Romero Martín
M^a del Mar Del Rincón Ruiz

75

Avances, límites y retos en la garantía de derechos de la infancia en Cataluña. Una aproximación desde el ámbito municipal
Eloi Mayordomo Martínez
Xavier Millán Cañameres

89

Tendencias y buenas prácticas en la atención a la infancia en situación de riesgo social
SIIS Centro de Documentación y Estudios

103

Laguntzadun enpleguaren bidez autismo espektroaren nahastea duten pertsonen laneratzeari enplegu ordinariora. Hiru esperientzien azterketa
Maidier Escurza Zubiaur
Monike Gezuraga Amundarain

117

Sobre la desprotección social
José Ignacio del Pozo

125

Desarrollo e incorporación de tecnologías avanzadas en la prestación de servicios sociales
Adriana Martínez Sans

Organización de los servicios sociales municipales en las comunidades autónomas: cinco estudios de caso¹

SIIS Centro de Documentación y Estudios

<estudios@siis.net>

Lucía Martínez Virto

Departamento de Trabajo Social, Universidad Pública de Navarra

Miguel Ángel Manzano

Servei d'Acció Social, Gerència de Serveis de Benestar Social, Àrea d'Atenció a les Persones, Diputació de Barcelona

Carlos Santos

Servizo de Coordinación de Servizos Sociais Comunitarios, Dirección Xeral de Familia e Inclusión, Consellería de Política Social, Xunta de Galicia

Carmen de la Sierra

Servizo de Coordinación de Servizos Sociais Comunitarios, Dirección Xeral de Familia e Inclusión, Consellería de Política Social, Xunta de Galicia

Arantxa Hernández Echegaray

Departamento de Servicios Sociales, Ayuntamiento de Palencia

María José Aguilar

Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales, Universidad de Castilla-La Mancha

Artikulu honetan deskribatzen dira bost autonomia-erkidegoetako udaletako gizarte-zerbitzuen antolakuntza —Nafarroako Foru Erkidegoa, Katalunia, Galizia, Gaztela eta Leon, eta Gaztela-Mantxa— eta etorkizunean izango dituzten erronkak. Bertako xedea da testuinguruan jartzea Euskal Autonomia Erkidegoan dauden tankerako zerbitzuen egoera, eta nabarmentzen dira ezaugarri bereizgarriak, eta, gehienbat, nahi dira identifikatu autonomia-erkidego horietako sistemak aintzat hartuz Euskal Autonomia Erkidegoko gizarte-zerbitzuen antolakuntza hobetzeko lagungarri gerta daitezkeen osagaiak.

GAKO-HITZAK:

Oinarrizko gizarte-zerbitzuak, udaletxeak, Nafarroa, Katalunia, Galizia, Gaztela eta Leon, Gaztela-Mantxa.

En este artículo se describe la organización de los servicios sociales municipales de cinco comunidades autónomas españolas —la Comunidad Foral de Navarra, Catalunya, Galicia, Castilla y León, y Castilla-La Mancha— y los retos que tienen planteados. Se pretende así contextualizar la situación de tales servicios en la Comunidad Autónoma de Euskadi, señalando sus características más distintivas, y sobre todo, identificar en esos sistemas autonómicos elementos que puedan contribuir a mejorar la organización de los servicios sociales de atención primaria en la Comunidad Autónoma de Euskadi.

PALABRAS CLAVE:

Servicios sociales de base, ayuntamientos, Navarra, Cataluña, Galicia, Castilla y León, Castilla-La Mancha.

¹ Este texto es una adaptación del capítulo III del estudio *La situación de los servicios sociales municipales en la Comunidad Autónoma de Euskadi. Situación actual y propuestas de mejora* (2016), elaborado por el SIIS Centro de Documentación y Estudios, y publicado por la institución del Ararteko dentro de su serie de informes extraordinarios al Parlamento Vasco.

1. Introducción

En este artículo se describe la organización de los servicios sociales municipales de cinco comunidades autónomas españolas: la Comunidad Foral de Navarra, Catalunya (con especial atención al caso de la provincia de Barcelona), Galicia, Castilla y León, y Castilla-La Mancha. Con ello se pretende contextualizar la situación de tales servicios en la Comunidad Autónoma de Euskadi, señalando sus características más distintivas, y sobre todo, identificar en esos sistemas autonómicos elementos que puedan contribuir a mejorar la organización de los servicios sociales de atención primaria en la Comunidad Autónoma de Euskadi.

La descripción de estos cinco sistemas está basada en la información remitida por cinco expertos y expertas de esas comunidades autónomas, cada uno de los cuales ha elaborado un informe monográfico sobre la organización y la situación de los servicios sociales municipales en su respectiva comunidad. Las personas que han elaborado estos informes son: Lucía Martínez Virto (Navarra), Miguel Ángel Manzano (Cataluña), Carlos Santos y Carmen de la Sierra (Galicia), Arantxa Hernández Echegaray (Castilla y León) y María José Aguilar (Castilla-La Mancha).

La descripción de cada uno de los sistemas se agrupa en torno a seis grandes cuestiones:

- Marco normativo y estructura competencial.
- Estructura y funciones de los servicios sociales municipales.
- Dotaciones mínimas y ratios de personal.
- Ordenación territorial y fórmulas de colaboración interadministrativa.
- Herramientas de coordinación, inspección y gestión de la información.
- Financiación.

Como conclusión y a partir de la información remitida por esas personas, el último punto de este artículo resume los principales retos que tienen planteados los servicios sociales municipales de esas cinco comunidades autónomas y extrae, desde la óptica de la Comunidad Autónoma de Euskadi, los elementos más significativos, es decir, las características más distintivas del modelo de servicios sociales municipales establecido en la Comunidad Autónoma de Euskadi y los elementos de los cinco modelos analizados que podrían incorporarse, para su mejora, al sistema actualmente existente en la Comunidad Autónoma de Euskadi.

A la hora de interpretar la información que se recoge en las páginas siguientes, es necesario tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Si bien se ha intentado seguir el mismo esquema en todos los casos, la información obtenida no es siempre la misma para las cinco comunidades

autónomas. En función del perfil de las personas consultadas, de su conocimiento respecto al sistema local de servicios sociales y de la propia configuración del sistema analizado, el nivel de detalle no es siempre el mismo, ni tampoco son siempre los mismos los elementos abordados. Se observará también que mientras que en algunos casos el análisis tiene un carácter más valorativo o interpretativo, en otros se limita a describir la situación en lo que se refiere a los elementos que se han considerado esenciales.

- Muchas de las cuestiones abordadas en este artículo se solapan, superponen y repiten en más de un apartado. Con todo, se ha realizado un esfuerzo por ofrecer una descripción lo más ordenada y sistemática posible de cada sistema a partir de la estructura común ya señalada. Del mismo modo, no siempre es sencillo separar la información específicamente relativa a los servicios sociales municipales de la relativa al conjunto de los servicios sociales de cada Comunidad.
- En general, el sistema establecido en cada comunidad autónoma se describe a partir de la legislación vigente en cada una de ellas. Sin embargo, es obvia la distancia que existe —particularmente en el ámbito de los servicios sociales— entre lo que se establece en la normativa y el funcionamiento real de las políticas públicas, lo que en ocasiones hace que la mera descripción del marco normativo resulte insuficiente y dificulta la descripción del funcionamiento real de cada sistema. También hay que recordar la propia complejidad que supone describir unos sistemas que no siempre se han diseñado siguiendo un patrón preestablecido, sino más bien mediante la superposición de estructuras y elementos nuevos a los que existían con anterioridad. Por todo ello, se ha intentado a lo largo de todo el artículo, además de describir el marco normativo vigente, recoger con la mayor fidelidad posible el funcionamiento real de los servicios sociales municipales en las cinco comunidades autónomas analizadas y las estructuras que los articulan.

2. Marco normativo y estructura competencial

2.1. Comunidad Foral de Navarra

Como el resto de las leyes de servicios sociales de tercera generación aprobadas durante la pasada década en el Estado español, la Ley Foral 15/2006 de Servicios Sociales, tras las anteriores leyes de 1983 y 1990, se aprueba en Navarra con la finalidad de superar el marco asistencialista previo y con dos objetivos fundamentales: el reconocimiento de derecho subjetivo a los servicios sociales y la adecuación del sistema de servicios sociales a las necesidades de la ciudadanía navarra. Para ello, la Ley Foral 15/2006 ofrece una nueva definición

y configuración de los servicios sociales, reforma su ordenación, estructura y financiación y, en ese contexto, reconoce por primera vez una cartera de servicios en la que se incluyen todas las prestaciones a las que la ciudadanía navarra tendrá derecho.

A ese respecto, la Ley navarra diferencia las que se consideran prestaciones garantizadas —“un derecho subjetivo que será exigible ante las Administraciones que deban realizarlas y, en última instancia, ante los Tribunales”—, de las no garantizadas, que se prestarán en función de la disponibilidad presupuestaria y que, por tanto, quedan sujetas a la discrecionalidad técnica y política de las administraciones competentes.

En lo que se refiere a la estructura competencial de los servicios sociales, la Ley Foral 15/2006 se desarrolla, al igual que en el resto de comunidades autónomas, bajo una lógica de funciones y competencias autonómicas y locales, atribuyendo al Gobierno Foral los servicios sociales especializados y a las administraciones locales los servicios sociales básicos. En ese marco, la Comunidad Foral de Navarra, a través actualmente de la Vicepresidencia de Derechos Sociales, es responsable de: a) ejecutar y gestionar la Cartera de Servicios Sociales de Ámbito General; b) impulsar la coordinación del sistema de servicios sociales, c) elaborar los planes estratégicos, sectoriales, básicos y especializados y coordinar su ejecución; d) elaborar los planes de calidad, garantizarla y homologarla en los programas que prestan el servicio, tiene la capacidad de sancionar el incumplimiento de las normas desarrolladas en este ámbito; y e) mantener y gestionar los servicios sociales especializados de titularidad propia, así como los centros de servicios sociales que se establezcan en el Plan Estratégico. Por otro lado, más allá de lo organizativo, también tiene asignadas competencias para fomentar la participación ciudadana, el asociacionismo, el voluntariado y otras fórmulas de ayuda mutua, además de impulsar y desarrollar programas de formación dirigidos a los profesionales de servicios sociales, fomentar la investigación y el estudio en materia de servicios sociales y cooperar con las entidades locales de Navarra para la aplicación de las políticas de servicios sociales.

Las competencias municipales son las siguientes:

- Estudiar y detectar las necesidades sociales que se produzcan dentro de su ámbito territorial.
- Participar en la planificación general de los servicios sociales realizada por la Administración de la Comunidad Foral de Navarra.
- Aprobar planes estratégicos y sectoriales de ámbito local y programas básicos o comunitarios y especializados de ámbito local.
- Crear, mantener y gestionar los servicios sociales de base de su ámbito territorial.
- Crear, mantener y gestionar los servicios sociales especializados que considere necesarios dentro de su ámbito territorial.

- Aprobar la Cartera de Servicios Sociales de ámbito local cuando pretenda completar en su ámbito territorial la cartera de servicios de ámbito general.

Así pues, como ocurre en buena parte de las comunidades autónomas analizadas, la administración autonómica —además de sus competencias de coordinación, regulación y planificación— asume la prestación de los servicios sociales especializados, mientras que las administraciones municipales asumen, básicamente, la prestación de los servicios sociales de base de su ámbito territorial, así como la creación y gestión de servicios sociales especializados en aquellos casos en que los consideren necesarios dentro de su ámbito territorial y dispongan de los medios económicos para poder financiar la prestación de esos servicios. Este último punto limita, en la práctica, la capacidad de desarrollar servicios de atención especializada de titularidad municipal únicamente a las ciudades de medio o gran tamaño, ya que son las únicas que disponen de recursos suficientes. En el caso de Navarra, sólo Pamplona cuenta con recursos especializados desarrollados por la administración municipal.

2.2. Catalunya

El sistema de servicios sociales de Catalunya está regido por la Ley 12/2007, de 11 de octubre, de Servicios Sociales. Esta ley sustituye a la aprobada en 1985 y se redacta en el marco de la implementación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, y del paradigma del cuarto pilar del bienestar y la incorporación de los derechos subjetivos y la universalidad. Como en el caso de la Comunidad Autónoma de Euskadi, la Ley 12/2007 establece la creación de una cartera de servicios sociales con el objetivo de definir las prestaciones que ha de ofrecer la red pública de servicios sociales y que incluye todas las prestaciones de servicio, económicas y tecnológicas. Desde ese punto de vista, la Cartera ha de definir cada tipo de prestación, la población a la que va destinada, el establecimiento o el equipo profesional que debe gestionarla, los perfiles y ratios de los profesionales del equipo y los estándares de calidad. Una de las novedades más importantes que introduce la Ley 12/2007 es la incorporación de las prestaciones garantizadas, que son de derecho subjetivo una vez acreditada la situación de necesidad social por parte del ciudadano.

Tal y como ocurre en las demás comunidades autónomas analizadas, la Ley 12/2007 consolida la división existente del sistema en dos niveles: el de atención primaria, que pasa a denominarse básico, y el especializado. Según la Ley 12/2007, la competencia en la prestación del primer nivel de atención, los servicios sociales básicos, corresponde

a los municipios, que están obligados a crearlos y gestionarlos de acuerdo con la Cartera de Servicios Sociales y el Plan Estratégico correspondiente. Como se señala más adelante, los consejos comarcales suplen a los municipios de menos de 20.000 habitantes en la titularidad de las competencias propias de los servicios sociales básicos que éstos no estén en condiciones de asumir directamente o mancomunadamente.

Los servicios sociales básicos son concebidos en la Ley 12/2007 como el punto de acceso al sistema, e incluyen los Equipos Básicos de Profesionales, el Servicio de Ayuda a Domicilio y Teleasistencia, y el Servicio de Intervención Socioeducativa No Residencial para Infancia y Adolescencia². Posteriormente veremos, sin embargo, que la Cartera de Servicios Sociales incorpora nuevas competencias al nivel básico, delegadas por el segundo nivel de atención. Las funciones que desde un principio se atribuyen en la Ley 12/2007 a los servicios sociales básicos son las siguientes:

- Detectar las situaciones de necesidad personal, familiar y comunitaria.
- Ofrecer información, orientación y asesoramiento a las personas con relación a los derechos y recursos sociales y a las actuaciones sociales a que pueden tener acceso.
- Valorar y realizar los diagnósticos social, socioeducativo y sociolaboral de las situaciones de necesidad social.
- Proponer y establecer el programa individual de atención a la dependencia y de promoción de la autonomía.
- Revisar el programa individual de atención a la dependencia y de promoción de la autonomía personal cuando corresponda.
- Realizar las actuaciones preventivas, el tratamiento social o socioeducativo y las intervenciones necesarias en situaciones de necesidad social y efectuar su evaluación.
- Intervenir en los núcleos familiares o convivenciales en situación de riesgo social.
- Impulsar proyectos comunitarios y programas transversales.

² Los servicios sociales básicos se definen en el sistema catalán como la “puerta de entrada al sistema público de servicios sociales, accesibles a toda la población. Los equipos profesionales que los prestan y gestionan están formados por personas diplomadas en Trabajo Social y en Educación Social. Este colectivo de profesionales informan, orientan, hacen diagnósticos y valoraciones, prescriben prestaciones, detectan situaciones de riesgo para actuar de forma preventiva y realizan proyectos comunitarios para la integración social de personas y colectivos en riesgo”. Los servicios sociales especializados, por el contrario, “dan respuesta a situaciones o necesidades que requieren una especialización técnica o la disposición de recursos determinados. Proporcionan apoyo técnico y prestan colaboración a los servicios sociales básicos en las materias de su competencia”.

- Prestar servicios de ayuda a domicilio, teleasistencia y apoyo a la unidad familiar o de convivencia.
- Prestar servicios de intervención socioeducativa no residencial para niños y adolescentes.
- Orientar el acceso a los servicios sociales especializados.
- Promover medidas de inserción social, laboral y educativa.
- Gestionar prestaciones de urgencia social.
- Aplicar protocolos de prevención y atención ante maltratos a personas de los colectivos más vulnerables.
- Gestionar la tramitación de las prestaciones económicas de ámbito municipal y coordinarse con los servicios sociales especializados, con los equipos profesionales de los demás sistemas de bienestar social, con las entidades del mundo asociativo y con las que actúan en el ámbito de los servicios sociales.
- Informar, a petición de jueces y fiscales, sobre la situación personal y familiar de personas afectadas por causas judiciales.

Así, la función de la primaria sería la de facilitar el acceso al sistema de servicios sociales, elaborar un diagnóstico de las necesidades de la ciudadanía y proponer un plan de actuación, prescribiendo los recursos necesarios para que la situación que imposibilita el normal desarrollo del bienestar se reduzca o elimine. El objetivo de articular el sistema mediante dos niveles —básico y especializado— estaba basado en la necesidad de disponer de estructuras especializadas para dar respuesta a las necesidades más complejas. Una de las consecuencias de esta estructuración ha sido la difusión del estereotipo de que los servicios sociales básicos eran tecnológicamente sencillos y de fácil gestión y organización. Por tanto, en la distribución competencial era fácil atribuirlos a los municipios, que desde la recuperación democrática ya habían venido prestando este servicio (Aguilar Hendrickson, 2014).

En ese marco, el reto de desarrollar un dispositivo de atención a la ciudadanía, con garantía de equidad en el acceso y capacidad de proporcionar una respuesta profesional eficaz, ha marcado el esfuerzo de los servicios sociales municipales catalanes desde su creación. Uno de los motivos de esa complejidad es la diversidad de funciones y encargos que se atribuyen a los servicios sociales municipales, y que incluye facilitar el acceso al sistema, realizar una primera valoración, intervenir socialmente en situaciones de alto riesgo (infancia en riesgo de exclusión, violencia de género, etc.), diseñar, proveer y gestionar servicios como la ayuda a domicilio y la teleasistencia, o evaluar el impacto de la intervención en la reducción del riesgo³. Así pues,

³ Es preciso recordar que una parte de estos encargos deriva de leyes, tanto de ámbito estatal como autonómico, que otorgan com-

a la hora de analizar la estructura competencial de los servicios sociales catalanes debe destacarse la mezcla de funciones y tareas que se atribuyen a los servicios sociales básicos, que no ayudan a delimitar claramente el objeto de su actuación (Vilà, 2009) y los convierten en una especie de cajón de sastre.

Además de la atribución a todos los municipios de la prestación de los servicios previamente señalados, la Ley 12/2007 prevé que los municipios y comarcas de más de 50.000 habitantes asuman competencias delegadas del nivel especializado. Históricamente, algunos ayuntamientos ya habían creado servicios y prestaciones de este tipo y, en ocasiones, habían creado dispositivos de atención muy potentes. La Ley regulariza esta situación, y permite delegar servicios y prestaciones de proximidad en la medida en que se considera que tienen más sentido gestionados desde el ámbito local, al menos en el caso de los municipios de mayor tamaño. Las prestaciones que se delegan en todos los entes locales mayores de 50.000 habitantes son:

- Equipos de Atención a la Infancia y a la Adolescencia (EAIA).
- Servicio de transporte adaptado.
- Servicios de información y atención a las mujeres.

El resto de servicios y prestaciones de la Cartera pueden ser delegados a los municipios en función de su titularidad previa, es decir, en función de si previamente habían sido promovidos por la administración local:

- Residencia para personas con discapacidad.
- Centros de día ocupacionales para personas con discapacidad.
- Servicio prelaboral.
- Residencia para personas mayores.
- Centro de día para personas mayores.
- Sistema de respuesta urgente para mujeres que se encuentren en situación de violencia y para sus hijos e hijas.
- Programas y acciones de acogida y de integración de personas extranjeras inmigradas.
- Servicio de atención precoz.
- Programas de atención social a personas afectadas por el VIH/sida.
- Programas de atención social a personas con drogodependencias.
- Servicio de integración familiar.
- Programas de apoyo a familias en situación de vulnerabilidad.

La anomalía que supone la prestación de servicios especializados por parte del nivel local no ha sido suficientemente abordada en el marco de los servicios sociales catalanes. De hecho, el Departamento de Bienestar Social de la Generalitat de Catalunya no dispone aún de un mapa de las prestaciones de servicios sociales especializados de titularidad de un ente local. Tampoco se ha realizado una evaluación que permita determinar su eficiencia en el ámbito municipal o confirmar los impactos positivos teóricamente atribuidos a su mayor proximidad a la ciudadanía. Sí existen, por el contrario, evidencias de que los equipamientos de servicios sociales, sobre todo en el ámbito de las residencias para personas mayores o con discapacidad, necesitan de suficiente dimensión para llegar al punto de equilibrio económico y pueden suponer cargas económicas importantes para las finanzas municipales. La explicación la encontraríamos en un modelo de concertación de plazas que trata igual a los servicios proveídos por organizaciones lucrativas, no lucrativas y públicas, en una atomización y centrifugación del sistema en referencia a la atención social a nivel municipal y en la financiación general de los servicios.

En definitiva, el modelo actualmente establecido en Cataluña es resultado de la superposición de realidades existentes, sin una opción clara por una planificación y gestión centralizada (en el ánimo de la Ley 12/2007) o por la descentralización de competencias y responsabilidades consensuada y con posibilidad de financiación propia por parte la administración competente.

Para terminar de explicar la arquitectura institucional de los servicios sociales de Catalunya y, más concretamente, de Barcelona, es necesario hacer referencia al papel que juega en este ámbito la Diputación de Barcelona.

petencias y funciones a los servicios sociales básicos. En ese sentido, la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (conocida popularmente como Ley de Dependencia), en 2006, o la Ley 14/2010, de 27 de mayo, de los Derechos y las Oportunidades en la Infancia y la Adolescencia, en 2010, han implicado nuevos dispositivos y servicios, generando por lo tanto cambios en las responsabilidades y la necesidad de gestionar modificaciones en las organizaciones municipales o comarcales. También en la regulación de la renta mínima de inserción y de los dispositivos de atención a la inmigración y a la mujer se han delegado en los municipios de Catalunya competencias y responsabilidades en los ámbitos de la gestión. Además, en el contexto del empeoramiento de las condiciones de vida de una parte importante de la población como consecuencia de la crisis económica, se multiplican las situaciones de necesidad, que hasta el momento eran marginales en la actuación de los servicios sociales. Las nuevas —y sumamente fragmentadas— iniciativas públicas para paliar las situaciones de pobreza en los ámbitos de la alimentación o el acceso a la energía han reintroducido la necesidad de que sean los servicios sociales básicos quienes certifiquen la situación de vulnerabilidad económica de los solicitantes, reforzando en algunos casos el carácter discrecional en la gestión de este tipo de ayudas. Finalmente, no podemos olvidar que los municipios, hasta la aprobación de la Ley 27/2013, de 27 de diciembre, de Racionalización y Sostenibilidad de la Administración Local, tenían cierta autonomía —que seguirán teniendo, dada la anulación por parte del Tribunal Constitucional el pasado 3 de marzo (Sentencia 41/2016) de la disposición transitoria segunda, que establecía la fecha límite para que las entidades locales dejaran de prestar buena parte de sus servicios sociales y fueran asumidos por las comunidades autónomas— para la creación de prestaciones y servicios: ayudas económicas, vivienda social, mediación comunitaria y planes de desarrollo comunitario son algunos de los ejemplos de políticas sociales de ámbito municipal encargadas a los servicios sociales básicos. Todas ellas se suman a los encargos descritos anteriormente y contribuyen a agravar la complejidad ya señalada.

En Catalunya, las diputaciones provinciales no tienen asignada una competencia o función específica en el marco de los servicios sociales. La redacción de la Ley 12/2007 coincide con el periodo de reforma del Estatuto de Autonomía de Catalunya, que aspiraba a su desaparición y a la sustitución de la provincia por otra ordenación territorial propia, las veguerías. Esta medida siempre tuvo el obstáculo de su encaje en el ordenamiento constitucional, ya que necesita de la aprobación en el ámbito estatal del cambio en los límites territoriales. La sentencia del Tribunal Constitucional sobre la reforma del Estatuto deja en vía muerta la posibilidad de la desaparición de las diputaciones provinciales en Catalunya. Para soslayar esta situación, la Ley 12/2007 hace una referencia genérica a los entes locales supramunicipales, y otorga competencias en el ámbito del apoyo técnico, económico y jurídico a las administraciones gestoras de las áreas básicas de servicios sociales, a las que posteriormente se hace referencia. Esta función coincide (con diverso grado de desarrollo) con las que ya venían desarrollando las cuatro diputaciones provinciales catalanas, pero omite una función esencial, como es la prestación mancomunada de servicios de competencia municipal. Por otra parte, otorga a estos entes funciones de planificación, gestión de servicios especializados o promoción del asociacionismo, que, con algunas excepciones, no están siendo prestados por parte de las diputaciones.

En ese marco, como se explica más adelante en el apartado relativo a la financiación, el apoyo económico a los municipios y consejos comarcales es, por regla general, la prestación común de las cuatro diputaciones hacia las administraciones locales en el ámbito de los servicios sociales. La Diputación de Girona gestiona, además, el servicio local de teleasistencia y el servicio local de orientación familiar. Es, sin embargo, la Diputación de Barcelona la que históricamente ha jugado un papel singular por su rol y actuación en el apoyo a los servicios sociales de la provincia. El Catálogo de Servicios de la Diputación se basa en tres ejes:

- Financiación ordinaria de los servicios sociales básicos (10.463.421 € en 2014).
- Prestación de servicios a la ciudadanía: servicio local de teleasistencia, Servicio de Orientación Jurídica, Servicio de Intermediación Hipotecaria y Servicio de Atención a la Drogodependencia. En este ámbito, destacan además las residencias de estancia limitada para personas mayores y personas con discapacidad.
- Asesoramiento técnico: programa de gestión de servicios sociales (HESTIA), planificación y gestión, atención social en los ámbitos de adolescencia e infancia, autonomía funcional e inclusión social, actuaciones de supervisión y formación de equipos y evaluación de servicios (círculos de comparación intermunicipal en servicios sociales).

La singularidad de la Diputación de Barcelona en el campo de los servicios sociales obedece tanto al volumen de recursos destinados (casi 25 millones de euros, sin contar el capítulo I y 430 profesionales) como, sobre todo, a la orientación a los municipios desde la óptica de la innovación y la economía de escala.

2.3. Galicia

El marco normativo básico en materia de servicios sociales en la comunidad autónoma gallega se articula fundamentalmente a través de dos normas: la Ley 13/2008, de 3 de diciembre, de Servicios Sociales de Galicia y el Decreto 99/2012, de 16 de marzo, por el que se regulan los servicios sociales comunitarios y su financiación. Tras las dos leyes anteriores⁴, la Ley 13/2008 entra dentro de las que se han considerado en el Estado español como leyes de servicios sociales de tercera generación. Esta norma pretende establecer el marco legal para un sistema único de servicios sociales, que integre y armonice las actuaciones e iniciativas que, en el ámbito social, se han ido agregando y superponiendo en los últimos años a la estructura definida por las anteriores leyes de servicios sociales, como los sistemas de inclusión social y atención a la dependencia, protección a la familia y la infancia (menores), igualdad y conciliación, etc. Para ello, establece cambios en cuanto a la estructura de los servicios sociales, así como respecto de las prestaciones que, en parte, vienen condicionados por regulación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia.

Como en los casos ya analizados de Cataluña y Navarra, la Ley 13/2008 estructura el sistema gallego de servicios sociales en forma de red, comprendiendo dos niveles de atención: los servicios sociales comunitarios, “de carácter predominantemente local”, que a su vez se subdividen en dos modalidades —básicos y específicos—; y los servicios sociales especializados, de competencia autonómica.

En lo que se refiere a la determinación del derecho a los servicios sociales, la Ley 13/2008 incorpora también —al igual que las analizadas hasta ahora— el concepto de derecho subjetivo en el

⁴ La primera ley de servicios sociales, la Ley 3/1987, de 27 de mayo, definía el derecho al bienestar social como “medio para favorecer el pleno y libre desarrollo, participación e integración del ser humano en la sociedad” y como una de las metas de los poderes públicos en “una comunidad autónoma orientada hacia la justicia social”. La segunda, la Ley 4/1993, de 14 de abril, de Servicios Sociales, trató de regular exhaustivamente los aspectos básicos de los servicios sociales en Galicia, estableciendo los contenidos que constituirían la oferta del sistema a la sociedad gallega, para lo cual estructuraba los servicios sociales en dos niveles de atención y nueve áreas de actuación. Como la mayoría de leyes de segunda generación de otras comunidades autónomas, la Ley 4/1993 estructuraba los servicios sociales en dos niveles (atención primaria y atención especializada) y definía de forma acotada las áreas que serían objeto de intervención del sistema.

ámbito de los servicios sociales. Como en el caso navarro, sin embargo, diferencia las intervenciones, programas, servicios y prestaciones considerados como esenciales de las normalizadoras, dando a las primeras carácter de derecho exigible o subjetivo, y a las segundas, un carácter discrecional o potestativo. Así, las prestaciones esenciales “se configuran como derecho exigible y estarán garantizadas para aquellas personas que cumplan las condiciones establecidas de acuerdo con la valoración técnica de su situación”, mientras que las normalizadoras “estarán incluidas en la oferta habitual, en función de las disponibilidades presupuestarias y se accederá [a ellas] en régimen de concurrencia”. La Ley señala además que, reglamentariamente, se desarrollará y actualizará el Catálogo a instancias del departamento competente en materia de servicios sociales, si bien la Administración gallega, por el momento, ha optado por desarrollar carteras de servicios por sectores de actuación, actualmente en proceso de elaboración y aprobación (Cartera de Servicios de Atención a las Personas en Situación de Dependencia, Cartera de Servicios de Familia, Infancia y Adolescencia, Cartera de Servicios de Inclusión...).

La Ley define las intervenciones o servicios de carácter técnico-profesional como los actos profesionales realizados para: a) la información, orientación, asesoramiento y acompañamiento a las personas, familias o grupos; b) la valoración y diagnóstico social de las demandas de la ciudadanía; c) la intervención social, biopsicosocial, sociológica o socioeducativa que favorezca la adquisición o recuperación de funciones y habilidades personales y sociales de cara a la mejora de la autonomía, de la convivencia social y familiar y de la inclusión social, dando a todos ellos el carácter de esenciales. Estos servicios y actuaciones de naturaleza material o tecnológica, que pueden ser tanto de carácter esencial⁵ como normalizador, son:

- La protección social de las personas, con capacidad de obrar limitada, que se encuentren en situación de conflicto o desamparo.
- La atención residencial, que comporta alojamiento, continuado o temporal, sustitutivo del hogar.
- La atención diurna, que ofrece cuidados personales y actividades de promoción y prevención que no requieran el ingreso en un centro residencial.
- La ayuda en el hogar, consistente en ofrecer un conjunto de atenciones a personas o familias en su propio domicilio.

⁵ La Ley establece que estos servicios y prestaciones tendrán carácter esencial, previa la correspondiente valoración técnica, siempre y cuando se trate de personas con déficit de autonomía personal incluidas en el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD). De esta forma, mientras que las intervenciones o servicios de carácter técnico-profesional están en todo caso garantizadas como derecho subjetivo, las prestaciones de naturaleza material o tecnológica —incluyendo, por ejemplo, la atención diurna o residencial— sólo lo están si se dirigen a las personas cubiertas por el SAAD.

- La teleasistencia social y otros servicios de carácter tecnológico, que procuren la permanencia de las personas usuarias en su medio habitual.

Las prestaciones, que tienen en cualquier caso consideración de normalizadoras, son las siguientes:

- El apoyo a la movilidad personal, en los términos previstos en la normativa.
- La manutención, ya sea en locales de atención colectiva o en el propio domicilio.
- Las ayudas técnicas e instrumentales, que permitan mantener la autonomía.
- El servicio de asistente personal.
- Cualquier otro servicio o actuación no prevista en la Ley que se consideren necesarios para garantizar una adecuada atención social.

Asimismo, la norma recoge y define como parte del Catálogo de Servicios las prestaciones económicas del sistema gallego de servicios sociales como las aportaciones en dinero, de carácter periódico o de pago único, que tienen como finalidad, entre otras, apoyar el cuidado de menores, paliar situaciones transitorias de necesidad, garantizar mínimos de subsistencia y reforzar procesos de integración familiar e inclusión social, así como garantizar el cuidado de personas con limitaciones en su autonomía personal.

Por último, la Ley define como parte del Catálogo los programas de intervención comunitaria, al respecto de los cuales expresa que se elaborarán a partir del diagnóstico social de una comunidad determinada, favoreciendo la cooperación con los otros servicios de bienestar social existentes en su ámbito de actuación y con la implicación de la ciudadanía, a fin de incidir en la superación de las situaciones detectadas, mediante la elaboración y desarrollo de actuaciones con una perspectiva preventiva y de inclusión social.

En lo que se refiere a la estructuración funcional y competencial, como ya se ha señalado, el sistema gallego de servicios sociales se estructura en forma de red conforme a dos niveles de actuación: un primer nivel constituido por los servicios sociales comunitarios, que comprenden dos modalidades —comunitarios básicos y comunitarios específicos—, de responsabilidad municipal en ambos casos; y un segundo nivel, el de los servicios sociales especializados, de responsabilidad autonómica. Así, de acuerdo con los artículos 59 y siguientes de la Ley 13/2008 les corresponde a los ayuntamientos en todo caso la prestación de los servicios sociales comunitarios básicos y, como regla general, también de los servicios sociales comunitarios específicos, mientras que se reservan a la comunidad autónoma las competencias de planificación, evaluación y control del sistema, además de la competencia para la prestación de los servicios sociales especializados.

La prestación de los servicios comunitarios considerados básicos es obligatoria, mientras que en el caso de los considerados específicos, su prestación es potestativa. El artículo 61 de la Ley 13/2008 deja muy claro cuáles son los servicios mínimos que deben garantizar los ayuntamientos, al establecer que la prestación de los servicios sociales comunitarios básicos es un servicio mínimo obligatorio que deben asegurar todos los ayuntamientos de Galicia⁶.

No obstante, cada municipio, en ejercicio de su autonomía local, podrá optar entre prestar estos servicios por su cuenta, o bien establecer acuerdos de agrupación con otros ayuntamientos para compartir y mejorar la eficiencia de la actuación del personal técnico o de los programas desarrollados en su nivel de atención. No ocurre lo mismo con los servicios sociales comunitarios específicos, cuya prestación por parte de los ayuntamientos se configura como potestativa (“los ayuntamientos podrán crear y gestionar [...] centros o programas de servicios sociales comunitarios específicos”). Al tratarse de una prestación no obligatoria, la propia Ley contempla tanto la posibilidad de su titularidad municipal como la de su gestión mediante fórmulas de colaboración interadministrativa de adhesión voluntaria o, incluso, su prestación por la propia comunidad autónoma.

La Ley 13/2008 también especifica las competencias de las diputaciones provinciales en materia de servicios sociales, limitando sus atribuciones a proporcionar “asistencia económica, técnica y jurídica a los ayuntamientos en la ejecución de sus competencias en materia de servicios sociales, especialmente en la prestación de servicios sociales comunitarios básicos por aquellos ayuntamientos con menos de veinte mil habitantes”. Por su parte, el Decreto 99/2012, de 16 de marzo, en su artículo 31, concreta un poco más esta previsión legal al establecer que las diputaciones provinciales apoyarán prioritariamente la financiación del SAD básico a los ayuntamientos de menos de 20.000 habitantes, así como la financiación a estas mismas entidades para la contratación de personal técnico de los equipos municipales de servicios sociales comunitarios con perfiles profesionales diferentes y complementarios al del/de la trabajador/a social de referencia⁷.

⁶ Aun así, atendiendo a lo que establezcan los instrumentos de planificación del sistema, la comunidad autónoma podrá asumir la creación y gestión de servicios sociales comunitarios específicos o, incluso, excepcionalmente, apoyar la creación y gestión de servicios especializados por ayuntamientos, siempre que en ambos casos se responda a la planificación estratégica aprobada por la Xunta de Galicia.

⁷ En todo caso, el propio Decreto 99/2012, de 16 de marzo, atribuye a la comunidad autónoma, como titular de la competencia de planificación general del sistema, la coordinación de las actuaciones de apoyo financiero de las diputaciones provinciales a los ayuntamientos, disponiendo que “los programas de cooperación económica con las entidades locales que elaboren las diputaciones provinciales en esta materia, cualquiera que sea su denominación, serán puestos, antes de su aprobación, en conocimiento del órgano superior de la Xunta de Galicia competente en materia de servicios sociales y de la Comisión Gallega de Cooperación Local”.

Finalmente, como ocurre en las demás comunidades autónomas analizadas, la prestación de los servicios sociales especializados se configura como una competencia reservada con carácter general a la administración autonómica. Así se prevé en el artículo 59 de la Ley 13/2008, de 3 de diciembre, que detalla las competencias que le corresponden a la administración de la comunidad autónoma:

- El establecimiento del marco normativo en materia de servicios sociales.
- La planificación y programación general de los servicios sociales mediante la elaboración del Plan Estratégico y de los planes y programas sectoriales.
- El Registro Único de Entidades Prestadoras de Servicios Sociales.
- La autorización y acreditación de centros, servicios y programas sociales.
- La formación e investigación en el campo de los servicios sociales.
- El asesoramiento y asistencia técnica a las entidades e instituciones que participen en la prestación de los servicios sociales.
- El diseño, creación, gestión, coordinación, mantenimiento y actualización de un sistema de información estadística de los servicios sociales.
- La supervisión y evaluación de la calidad en la prestación de los servicios sociales.
- La creación, mantenimiento y gestión de los servicios sociales especializados, así como de los centros y programas de los servicios sociales comunitarios específicos que, de acuerdo con el Plan Estratégico de Servicios Sociales, asuma la Xunta de Galicia.
- La valoración técnica para el reconocimiento del derecho a los servicios y prestaciones esenciales de carácter material o económico.
- La concesión de las prestaciones o ayudas económicas destinadas a personas físicas.
- La gestión de subvenciones o ayudas públicas que conceda a centros y entidades prestadoras de servicios sociales.
- El ejercicio de las potestades inspectora y sancionadora.
- Otras que le sean atribuidas por la normativa vigente u otras que, siendo necesarias para el desarrollo y ejecución de la política de servicios sociales, no estén expresamente atribuidas a otra administración pública.

2.4. Castilla y León

El sistema de servicios sociales de la Comunidad Autónoma de Castilla y León está regulado por la Ley 16/2010, de Servicios Sociales, que deroga la anterior normativa, que se remonta a 1988 (Ley 18/1988 de 28 de diciembre). Como ley de

tercera generación, garantiza “el derecho de acceso, en condiciones de igualdad, a un sistema de servicios sociales de carácter universal y hacer efectivo el derecho subjetivo a las prestaciones esenciales del sistema de servicios sociales de responsabilidad pública” (art. 1a). El art. 2 configura como derecho subjetivo garantizado y exigible judicialmente el acceso a las prestaciones que se definen como esenciales, frente a las no esenciales que, como en Navarra o Galicia, tienen carácter discrecional. Según el art. 19 de la Ley, las prestaciones esenciales son las siguientes:

- Las de información, orientación y asesoramiento.
- Las de valoración, planificación de caso y seguimiento.
- La renta garantizada de ciudadanía (RGC), regulada por la Ley 1/2015, de 4 de marzo, de modificación del Decreto Legislativo 1/2014, de 27 de febrero, por el que se aprueba el texto refundido de las normas legales vigentes en materia de condiciones de acceso y disfrute de la prestación esencial de renta garantizada de ciudadanía.
- Las ayudas destinadas a la atención de necesidades básicas de subsistencia en situaciones de urgencia social (Decreto 12/2013, de 21 de marzo, por el que se regula la prestación económica destinada a la atención de necesidades básicas de subsistencia en situaciones de urgencia social).
- Las medidas específicas para la protección de menores de edad en situación de riesgo y desamparo.
- La atención temprana dirigida a niños con discapacidad o con riesgo de padecerla (como mínimo, la prevención, detección precoz, el diagnóstico y la atención de casos).
- La teleasistencia (en el caso de las personas mayores de 80 años, en todo caso) y la ayuda a domicilio, el servicio de estancia diurna y nocturna, y las estancias residenciales permanentes reconocidas por el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD).
- La prestación económica para ciudadanos en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales.
- La prestación económica de asistencia personal.
- Los servicios de prevención de las situaciones de dependencia y los servicios de promoción de la autonomía personal.
- La prestación económica vinculada cuando no sea posible el acceso a un servicio público o concertado.
- Las de protección jurídica y ejercicio de la tutela de las personas mayores de edad incapacitadas legalmente y que se encuentren en situación de desamparo.
- La atención en el centro de día que garantice, con continuidad a la del sistema educativo, el proceso

de integración social y laboral de las personas con discapacidad una vez culminados los ciclos educativos a los que puedan acceder.

Las prestaciones del sistema de servicios sociales de titularidad y de responsabilidad pública quedan tipificadas en el Catálogo de Servicios Sociales de Castilla y León, regulado mediante el Decreto 58/2014, de 11 de diciembre. Éste se estructura en dos apartados que conforman los anexos de la norma. El primero contiene el conjunto de las prestaciones del sistema, en su denominación y necesidad de cobertura. El segundo está configurado por las fichas descriptivas de cada prestación social, en su calificación de esencial o no esencial. Se clasifican cuatro niveles de atención social:

- Nivel 1. Acceso al sistema de servicios sociales de responsabilidad pública. Hace referencia a la información y evaluación de las situaciones de necesidad social.
- Nivel 2. Atención inmediata o de proximidad. Atención de proximidad a las personas en situación de riesgo o de exclusión social.
- Nivel 3. Atención alternativa al mantenimiento en el entorno y hogar familiar.
- Nivel 4. Otras prestaciones.

En lo que se refiere a la estructura competencial, la atención social sigue estando estructurada en dos niveles, el básico y el especializado. El primero comprende la prestación de servicios de carácter polivalente, preventivo, promocional y asistencial de la población general; tales servicios se prestan mediante la red de centros de acción social (CAS) y constituyen la puerta de entrada al sistema de servicios sociales. El segundo nivel abarca la atención especializada, que se articula por sectores de población (menores, personas mayores y con discapacidad, minorías étnicas, etc.).

Por el contrario, como en las demás comunidades autónomas analizadas, la atención especializada corresponde a la administración autonómica; en el caso del nivel básico de servicios sociales, la gestión puede corresponder bien a los ayuntamientos, bien a las diputaciones, dependiendo del tamaño de los municipios. Así, en los municipios mayores de 20.000 habitantes la gestión de los servicios sociales básicos es asumida por los ayuntamientos, mientras que en los que no llegan a esa población la gestión corresponde a las diputaciones. Concretamente, la gestión de los servicios sociales básicos es asumida por todas las capitales de provincia y por otros seis municipios (Miranda de Ebro y Aranda de Duero en Burgos; Laguna de Duero y Medina del Campo, en Valladolid; y San Andrés de Rabanedo y Ponferrada en León). Así pues, sólo quince municipios de la región asumen directamente la gestión de los servicios sociales básicos, correspondiendo la gestión de esos servicios en el resto de los municipios a las diputaciones.

2.5. Castilla-La Mancha

El marco normativo vigente en la Comunidad de Castilla-La Mancha es la Ley 14/2010, de 16 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla-La Mancha, que establece en su literalidad el acceso a los servicios sociales como derecho de ciudadanía. En la práctica, sin embargo, ese derecho no es exigible ni justiciable, al no haberse desarrollado ninguno de los reglamentos ni desarrollos normativos que la propia Ley señalaba que habían de ser elaborados y aprobados en los dos años siguientes a su entrada en vigor.

Los desarrollos normativos que la Ley 14/2010 establecía que antes de 2013 debían estar aprobados son: a) el Plan Estratégico de Servicios Sociales; b) el Mapa de Servicios Sociales; c) el Catálogo de Prestaciones del Sistema Público de Servicios Sociales; d) la Carta de Derechos y Deberes; e) la urgencia social; f) la renta básica; y g) el Registro de Entidades y Centros de Servicios Sociales. Ninguno de ellos se ha elaborado, ni se está elaborando en la actualidad. El desarrollo reglamentario completo de la Ley debería haberse completado en su totalidad en un periodo máximo de cuatro años desde su entrada en vigor, periodo en el cual no se ha hecho ni aprobado reglamento alguno.

En todo caso, es importante destacar que en el título III de la Ley se definen las prestaciones mínimas que configuran el sistema público de servicios sociales, reconociendo aquellas que están garantizadas⁸ de las no garantizadas, y que se dividen en dos niveles: atención primaria y atención especializada. En el primer nivel se incluyen las siguientes prestaciones:

- Información y orientación.
- Estudio, valoración y acompañamiento.
- Atención a la familia o unidad de convivencia.
- Ayuda a domicilio.
- Teleasistencia domiciliaria.
- Alojamiento temporal para situaciones de urgencia social.
- Prevención y atención integral ante situaciones de exclusión social.
- Fomento de la participación en el ámbito comunitario.

⁸ Que estén consideradas como prestaciones garantizadas por la Ley no significa que en la práctica exista tal garantía, ya que su disfrute está sujeto a disponibilidad de recursos, en ciertos servicios se exige el copago, y en numerosas prestaciones técnicas, hay cuantiosos expedientes sin valorar, como es en el caso de la dependencia. Además, en muchos casos en los que se ha realizado la valoración (como en los valorados con grado 1), no se ha elaborado el plan individual de atención (PIA), por lo que no reciben atención alguna —son las personas que se encuentran en el denominado ‘limbo de la dependencia’—. Igualmente, otras prestaciones, como las estancias diurnas y nocturnas, están sujetas a disponibilidad de plazas y dotación presupuestaria, lo que hace que en la práctica muchas personas con derecho a ellas no accedan a la prestación.

Las prestaciones correspondientes al nivel especializado son las siguientes:

- Valoración de situaciones de dependencia.
- Valoración del grado de discapacidad.
- Valoración y atención temprana.
- Valoración y atención en situaciones de desprotección de menores.
- Atención en estancias diurnas.
- Atención en estancias nocturnas.
- Atención residencial.
- Acogimiento familiar.
- Información, valoración y seguimiento de adopciones.
- Prestación destinada a familias numerosas (reconocimiento de la condición).

Además de las prestaciones señaladas, la norma establece una serie de prestaciones especializadas de acceso condicionado (entre otros elementos, a la disponibilidad presupuestaria), así como prestaciones económicas, que igualmente pueden ser garantizadas o condicionadas.

En lo que se refiere a la articulación competencial del sistema, los servicios sociales son competencia exclusiva de la administración autonómica (tal como recoge el Estatuto de Autonomía), excepto en el caso de ayuntamientos de más de 20.000 habitantes⁹, para los cuales la Ley de Bases de Régimen Local establece una serie de obligaciones comunes a todos los municipios del país superiores a este tamaño. En la práctica, en Castilla-La Mancha, todos los municipios de más de 5.000 habitantes, y todos los que teniendo una población inferior se encuentran agrupados en una misma zona de servicios sociales, disponen de al menos un trabajador social de referencia y de algunas de las prestaciones básicas garantizadas.

La diferencia entre los municipios más grandes (capitales de provincia y municipios de más de 20.000 habitantes) y el resto es que, en el caso de ayuntamientos con mayor capacidad de gestión, los servicios sociales se organizan a través del Plan Concertado, mientras que en el resto es la Junta de Comunidades (JCCM) quien se hace cargo de la contratación y gestión del personal, mediante convenio con los ayuntamientos implicados.

En todo caso, es a los servicios de atención primaria los que corresponde competencialmente prestar a los ayuntamientos, y sólo en los casos de ayuntamientos grandes (como en el de Albacete, por ejemplo, que es el único con más de 100.000 habitantes), también ciertos servicios especializados son de titularidad

⁹ Castilla-La Mancha cuenta con quince municipios de más de 20.000 habitantes, en los que se concentra el 40% de la población de la Comunidad.

y gestión municipal. Se trata, en cualquier caso, de apenas 20 municipios de un total de 916 que podrían disponer de servicios sociales especializados de titularidad y gestión municipal. La mayor parte de los servicios sociales especializados de Castilla-La Mancha son de titularidad y/o gestión autonómica, con acceso y derivación desde el nivel primario, pero siempre bajo decisión o acuerdo de los servicios provinciales autonómicos, que son los que otorgan la prestación especializada.

3. Contenido, funciones y estructura de los servicios sociales municipales

3.1. Comunidad Foral de Navarra

Uno de los cambios más significativos de la Ley Foral 15/2006 fue, sin duda, la nueva estructuración de los servicios sociales de atención primaria, fruto de un intenso trabajo previo de reflexión y debate sobre el papel de la atención primaria de servicios sociales. La reordenación de la atención primaria por la que se opta a partir de ese debate pretende romper la tradicional separación entre una primera atención basada en la acogida y la posterior derivación a los servicios sociales especializados, y apuesta por un modelo de atención primaria más especializado, similar en algunos aspectos al que se establece después en la Comunidad Autónoma de Euskadi¹⁰.

La Ley Foral 15/2006 recoge en lo esencial las propuestas realizadas en la fase de debate y define un modelo de atención basado en un nivel primario y en un segundo nivel de servicios sociales especializados. Esta estructura de programas se asentaría en una organización territorial compuesta por servicios sociales de base, centros de servicios sociales y servicios sociales especializados. Pese a su escaso desarrollo posterior, resulta

particularmente interesante, como se indica más adelante, la creación de un ente intermedio entre los servicios sociales de base y los servicios especializados, los centros de servicios sociales, de carácter comarcal, y diseñados para apoyar a los primeros tanto en lo que se refiere a la coordinación como al seguimiento de determinados casos.

En este esquema, los servicios sociales de base se configuran como unidad básica del sistema público de servicios sociales, puerta de acceso y nivel más próximo a la ciudadanía. Son titularidad de las entidades locales, aunque contarán, como se explica más adelante, con la participación en la financiación de Gobierno de Navarra y su organización territorial se determinará a partir de una zonificación específica, articulada mediante áreas y zonas básicas de servicios sociales. Según el artículo 30 de la Ley, las funciones de estos servicios serán las de:

- a. Detectar, analizar y diagnosticar las situaciones de necesidad en su ámbito territorial, informando a los servicios competentes y proponiendo respuestas.
- b. Atender a las personas que presenten demandas ante los servicios sociales, con el fin de ofrecerles una primera respuesta.
- c. Facilitar a la ciudadanía el acceso a las prestaciones del sistema de servicios sociales y al resto de sistemas de protección social.
- d. Valorar y realizar el diagnóstico social y/o socioeducativo de las situaciones de necesidad social a demanda del usuario, de su entorno familiar o social, o de otros servicios de la red de atención pública de necesidad social.
- e. Ofrecer apoyo y acompañamiento social continuado a las personas que estén en situaciones de necesidad social.
- f. Realizar actuaciones preventivas y de promoción social.
- g. Ejecutar los programas y las prestaciones incluidas en éstos.
- h. Gestionar prestaciones de emergencia social.
- i. Realizar actuaciones de sensibilización social.
- j. Promocionar el voluntariado y la ayuda mutua.
- k. Gestionar las prestaciones que les sean atribuidas en la Cartera de Servicios Sociales de Ámbito General.

Para el desarrollo de estas funciones, en este nivel de atención primaria se identifican cuatro programas de obligatorio desarrollo para toda Navarra:

- a. El Programa de Acogida y Orientación Social, dirigido a toda la población, que ofrecerá intervención social a las personas que presenten demandas ante los servicios sociales.
- b. El Programa de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, que tendrá como objetivo

¹⁰ Véase el Documento base para un plan de atención comunitaria de servicios sociales (Gobierno de Navarra, 2000). El documento se asentaba en la filosofía de integrar el sistema de servicios sociales en la comunidad y tenía como objetivo fundamental tratar de superar las dificultades que entrañaba el modelo de atención primaria generalista previamente existente: una red fragmentada, falta de especialización de los profesionales, un modelo de atención dependiente de la demanda, un desigual desarrollo comunitario y poca participación de las entidades sociales. Tras varios meses de debate, se acuerda una propuesta de modelo de atención primaria más especializado, que incluya acciones de detección de necesidades y prevención, integrado en el ámbito comunitario, más cercano a la ciudadanía y más coordinado entre los profesionales de diferentes programas. Para ello se diseña un modelo de atención primaria integrado por cuatro programas específicos: Programa de Acogida y Orientación Social, Programa de Atención Comunitaria a las Personas con Dificultades de Autovalimiento, Programa de Incorporación Social en la Atención Comunitaria y Programa de Atención a la Infancia y Familia. Del mismo modo, se propone una reordenación de la red que permitiera una mejor implantación de los cuatro programas, así como un refuerzo de la acción de los servicios sociales de base. Esta estructura propuesta se organizaría en tres niveles: la zona básica (nivel básico de atención directa), el área (integrada por un centro de servicios sociales que agruparía diferentes zonas de servicios sociales, apoyaría en la atención directa, participaría en el desarrollo de acciones conjuntas y gestionaría aquellos recursos compartidos entre las zonas básicas) y la Comunidad Foral (dirección, programación y apoyo técnico a los servicios de zona y área).

posibilitar a las personas en situación de dependencia la permanencia en su medio habitual el máximo tiempo posible, e incluye la prestación de ayuda a domicilio.

- c. El Programa de Incorporación Social en Atención Primaria, cuya finalidad es favorecer la inclusión social de personas en riesgo o en situación de exclusión social en cualquiera de sus ámbitos.
- d. El Programa de Atención a la Infancia y Familia en Atención Primaria, que tendrá como objetivo asegurar a los menores de edad un entorno que permita su desarrollo personal, mediante mecanismos de protección, apoyo personal, familiar y social.

Vinculado a estos cuatro programas, la Ley también establece la necesidad de dotar de prestaciones técnicas, económicas y materiales a estos programas, por lo que dos años más tarde se aprobó el Decreto Foral 69/2008, que definía la Cartera de Servicios Sociales de Ámbito General en Navarra. Esta Cartera, que establece la intensidad mínima de protección en el ámbito general, dispuso también la posibilidad de que las entidades locales, en su ámbito territorial, puedan desarrollar otras prestaciones complementarias aprobadas y definidas en sus propias carteras de servicios sociales. En cualquier caso, la Ley Foral 15/2006 ya definió, en su artículo 31, ya algunas prestaciones mínimas que, obligatoriamente, debían garantizarse:

- En el Programa de Acogida y Orientación Social: la tramitación del acceso a las prestaciones técnicas y económicas del sistema de servicios sociales y a las prestaciones de los otros sistemas de protección social.
- En el Programa de Promoción de Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia: la atención domiciliaria municipal.
- En el Programa de Incorporación Social en Atención Primaria: el acompañamiento social en los procesos de incorporación local mediante acuerdos de incorporación social, como instrumento de compromiso entre las partes.
- En el Programa de Atención a la Infancia y a la Familia en Atención Primaria: las competencias de prevención y atención a situaciones de desprotección leve y moderada atribuidas a las entidades locales por la legislación foral en materia de infancia y juventud.

Además de ello, los cuatro programas incluirían:

- Prestaciones técnicas de acogida, orientación, asesoramiento, valoración y diagnóstico social y/o socioeducativo.
- La renta de inclusión social.
- Prestaciones de emergencia social.
- Prestaciones mínimas de atención a la dependencia.

- Prestaciones técnicas de atención a la infancia en situación de desprotección y conflicto social (detección, recepción, investigación, valoración, diagnóstico, plan de intervención).
- Recursos de alojamiento temporal a personas sin hogar, mujeres víctimas de violencia de género o menores en situación de desprotección.
- Acceso a plazas residenciales de carácter temporal o permanente a personas en situación de dependencia, conflicto familiar o falta de soporte familiar.

La estructura de los servicios sociales de base se complementa, como antes se ha dicho, con los centros de servicios sociales, que se configuran como estructura de apoyo a los servicios sociales de base. Aunque se contempla la posibilidad de que los entes locales promuevan algunos de estos centros, la Ley atribuye a la administración foral la obligación de desarrollar, al menos, uno por cada área de servicios sociales (véase el punto siguiente). Sus funciones (art. 21) son las de:

- Servir de apoyo a los servicios sociales de base para complementar sus funciones y para coordinar a éstos con los servicios sociales especializados, constituyéndose por tanto como un nivel intermedio ente el nivel especializado y la atención primaria.
- Colaborar y asesorar a los servicios sociales de base, contribuyendo a la redistribución de los recursos.
- Establecer criterios homogéneos a nivel de área para garantizar la igualdad en todas las zonas.
- Colaborar con los servicios sociales de base en el seguimiento e intervención de casos.
- Fomentar programas de actuación transversal de cara a un aprovechamiento de los recursos.

Por último, a los servicios sociales especializados se les atribuye la responsabilidad de ejecutar las prestaciones e intervenciones de carácter sectorial diseñadas para la atención de necesidades o colectivos que requieran una atención específica, bien mediante centros específicos, bien mediante equipos de intervención directa, que actúan también como apoyo a los servicios sociales de base. Se crean en ese sentido los Equipos de Incorporación Sociolaboral (EISOL), los Equipos de Atención a la Infancia y Adolescencia (EAIA), los Equipos de Atención Integral a Víctimas de Violencia de Género (EAIV) o los Equipo de Incorporación Social en la Vivienda (EISOVI). Si bien la responsabilidad respecto al desarrollo de estos centros corresponde a la administración autonómica, se prevé la posibilidad de que sean los propios entes locales los que los desarrollen.

Es importante señalar en todo caso que, a pesar del compromiso de la administración foral en garantizar esta estructura, lo cierto es que en la práctica no todos los niveles han sido desarrollados conforme a las funciones marcadas en la Ley. La diferencia entre

las previsiones legales y la realidad es especialmente clara en lo que se refiere a los centros de servicios sociales que, en la práctica, se han configurado únicamente como un espacio físico en el que se ubican los equipos especializados garantizados en la Cartera y que apoyan a la atención primaria de servicios sociales en cada área. Actualmente, sólo existen dos centros de servicios sociales en Navarra, aunque otras áreas cuentan también con la atención de algunos de los equipos especializados¹¹. En un principio, estos centros estaban previstos como servicios de titularidad y gestión pública; sin embargo, desde su configuración los servicios fueron gestionados por entidades privadas y la dirección de éstos se mantuvo en manos del Gobierno de Navarra. Finalmente, también la dirección de los centros pasó a ser gestionado por la empresa adjudicataria del concurso. La contratación de estos servicios por parte de Gobierno de Navarra ha permitido el desarrollo de los equipos especializados en las áreas; sin embargo, sus funciones se alejan a las establecidas en la Ley, y la gestión indirecta lleva al riesgo de que los distintos equipos funcionen con lógicas de intervención diferentes.

3.2. Catalunya

El Decreto 142/2010, de 11 de octubre, por el que se aprueba la Cartera de Servicios Sociales 2010-2011 es prorrogado bianualmente hasta la fecha y amplía las prestaciones de los servicios sociales básicos inicialmente recogidas en la Ley 12/2007. El listado de prestaciones del nivel básico de atención es:

- Servicio básico de atención social: consiste en las acciones de información, orientación, intervención social y acceso a prestaciones realizadas por los Equipos Básicos Profesionales (veremos su composición más adelante).
- Servicios de atención domiciliaria: incluye la ayuda a domicilio y servicios de las tecnologías de apoyo y cuidado (teleasistencia).
- Servicios residenciales de estancia limitada: para situaciones de emergencia y para personas adultas en situación de exclusión social.
- Servicio de comedor social.
- Servicio de asesoramiento técnico de atención social: jurídico, psicológico, etc.¹².

¹¹ Existen actualmente en Navarra dos centros de servicios sociales —el de Estella y el de Tudela— que ofrecen tres de los cuatro equipos especializados recogidos en la Cartera de servicios Sociales: el Equipo de Incorporación Sociolaboral (EISOL), el Equipo de Atención a la Infancia y Adolescencia (EAIA) y el Equipo de Atención Integral a Víctimas de Violencia de Género (EAIV). Por otro lado, el área de Tafalla cuenta con el desarrollo de dos de estos equipos: el Equipo de Incorporación Sociolaboral (EISOL) y el Equipo de Atención a la Infancia y Adolescencia (EAIA). Para las áreas de servicios sociales de la Comarca de Pamplona, Noreste y Noroeste, se ofrece solamente el Equipo de Incorporación Sociolaboral (EISOL). Por último, el Equipo de Incorporación Social en la Vivienda (EISOVI) sólo se encuentra desarrollado en Pamplona y comarca.

¹² Este servicio, incluido en la Cartera y considerado como prestación garantizada, no se dirige sólo a las personas usuarias, sino

- Servicio de intervención socioeducativa no residencial para infancia y adolescencia: centros abiertos.
- Prestaciones económicas de urgencia social.

En la actualidad, la Cartera de Servicios tiene un 100 % de implantación en lo que se refiere al servicio básico de atención social, los servicios de atención domiciliaria y las prestaciones económicas de urgencia social. Más desigual es la implantación del servicio de comedor social o los servicios residenciales de estancia limitada, generalizados en los municipios de mayor tamaño, pero que tienden a sustituirse en los de menor tamaño por prestaciones económicas u otras soluciones. Son servicios que necesitan de establecimientos y equipos profesionales de alto coste económico y que no pueden ser abordados por la capacidad presupuestaria de los ayuntamientos de menor dimensión.

Un caso singular es el Servicio de Intervención Socioeducativa No Residencial para Niños y Adolescentes, una prestación que tiene unas ratios de cobertura que se definen a partir de la población residente, sin tener en cuenta los diferentes niveles de riesgo en la infancia según territorios, ni las dificultades de gestión en comarcas con poca población o con alta dispersión geográfica. Por ello, este servicio ha iniciado una evolución de equipamientos con funcionamiento diario después del horario lectivo a servicios de intervención en el medio habitual con un mayor componente profesional.

En la línea del desarrollo de otros aspectos de la Ley 12/2007, cabe decir que la Cartera de Servicios se ha quedado en un planteamiento que suponía un paso adelante con una implementación deficiente. Los derechos subjetivos de los ciudadanos en las prestaciones garantizadas no han sido totalmente efectivos en numerosas prestaciones y el acceso a éstas o su intensidad ha sido limitado, sobre todo por falta de disponibilidad presupuestaria. La propia Cartera, cabe añadir, se ha convertido en un complicado e interminable catálogo detallista y burocratizado.

3.3. Galicia

Como ya se ha indicado, el sistema gallego de servicios sociales se estructura en forma de red, conforme a dos niveles de actuación: un primer nivel de competencia municipal, constituido por los servicios sociales comunitarios, que comprenden dos modalidades —comunitarios básicos y comunitarios específicos—;

también a los propios profesionales de los servicios. El objeto del servicio es el de proporcionar apoyo y asesoramiento técnico a los equipos multiprofesionales de los servicios básicos de atención social, en el ejercicio de sus funciones, y atender a las personas y/o familias derivadas por los profesionales de los servicios básicos de atención social cuando sea necesario.

y un segundo nivel, el de los servicios sociales especializados, de competencia autonómica. También se ha señalado que, para las administraciones locales, mientras que la prestación de los servicios comunitarios básicos es obligatoria, la de los servicios comunitarios específicos es potestativa.

En lo que se refiere a la articulación y las funciones de los servicios sociales locales, los servicios sociales comunitarios tienen carácter predominantemente local, están referenciados a un territorio y población determinados y constituyen el acceso normalizado y el primer nivel de intervención del sistema gallego de servicios sociales. Su titularidad se atribuye en consecuencia, como ya se ha dicho, a los ayuntamientos, si bien, en ejercicio de su autonomía local, éstos pueden decidir gestionarlos a través de agrupaciones de municipios o mancomunidades.

Dentro de los servicios sociales comunitarios, los considerados básicos tienen un carácter inequívocamente local, abierto y polivalente, y constituyen la vía normal de acceso al sistema de servicios sociales, garantizando su universalidad y su cercanía a las personas usuarias y a los ámbitos familiar y social. Se prestan desde los centros de servicios sociales municipales, por medio de equipos interdisciplinarios y con la estructura organizativa que establezca la administración titular del servicio. Las funciones de los servicios sociales comunitarios básicos son:

- El estudio y diagnóstico social de la comunidad, que implica la detección y análisis de necesidades y demandas.
- La elaboración de un plan de intervención comunitario acorde con las necesidades detectadas.
- La identificación de grupos de población vulnerables y la detección precoz de situaciones de riesgo.
- La atención de las situaciones individuales, la información con relación a las demandas presentadas, el diagnóstico y valoración técnica previa y la consecuente intervención en el caso, y la derivación, cuando proceda, hacia el recurso idóneo.
- La participación en la gestión de las prestaciones económicas y el seguimiento de los correspondientes proyectos personalizados de intervención.
- La gestión del Servicio de Ayuda en el Hogar, así como la participación en la gestión de las prestaciones destinadas a garantizar la autonomía personal y la atención a la dependencia.
- La información, orientación y asesoramiento a toda la población, facilitando su acceso a los recursos sociales.
- El fomento de la participación activa de la ciudadanía mediante estrategias socioeducativas

que impulsen la solidaridad y la cooperación social organizada.

En particular, los servicios sociales comunitarios básicos desarrollarán las funciones enumeradas, de manera estructurada, por medio de los programas y servicios siguientes:

- a. Programa de valoración, orientación e información en materia social a las personas, grupos o a la comunidad en general, que se desarrollará en todas las entidades locales titulares de servicios sociales comunitarios de Galicia.
- b. Servicio de ayuda a domicilio (SAD), que tiene por objeto prestar un conjunto de atenciones a las personas o familias en su domicilio, desde una perspectiva integral y normalizadora, para facilitar su desarrollo personal y la permanencia en su entorno habitual, especialmente en aquellas situaciones en que tengan limitada su autonomía o en otras situaciones de riesgo social para las que resulte un recurso idóneo.
- c. Servicio de educación y apoyo familiar, que integra el conjunto de proyectos y servicios de apoyo educativo y psicosocial dirigidos a las familias, con el objetivo de detectar, prevenir y superar las situaciones de dificultad, especialmente las eventuales situaciones de maltrato infantil o cualquier otra desprotección, así como promover procesos de cambio que favorezcan un adecuado ejercicio de las responsabilidades familiares, la mejora de la autonomía, de la integración y de la participación social de las familias y unidades de convivencia.
- d. Programa básico de inserción social que procure valorar, dar respuesta o derivar al recurso idóneo a las personas en situaciones o riesgo de exclusión social, aplicando tanto proyectos de intervención social personalizados o de grupo como prestaciones económicas específicas.
- e. Programa de fomento de la cooperación y solidaridad social, que facilite la participación comunitaria en tareas colectivas, impulse el asociacionismo solidario y, en especial, la organización y coordinación del voluntariado social.

Una de las singularidades del modelo gallego —con relación al menos al de Navarra y Cataluña, pero no al establecido en la Comunidad Autónoma de Euskadi— es la existencia de los llamados servicios sociales comunitarios específicos. Su papel es desarrollar programas y centros orientados a grupos de población con problemáticas identificadas y singulares, procurando su normalización y reincorporación social o como espacio de tránsito a un servicio especializado. Para ello, los servicios sociales comunitarios específicos tienen asignadas las siguientes funciones:

- a. El desarrollo de programas y actividades para prevenir la exclusión de grupos vulnerables.

- b. La atención directa a colectivos con déficits de autonomía o en riesgo de exclusión que se desarrolle a través de programas en medio abierto, en centros de carácter no residencial o de carácter residencial temporal.
- c. La gestión de equipamientos comunitarios para sectores de población con necesidades específicas.

En lo que se refiere a su organización, los servicios sociales comunitarios específicos, atendiendo a criterios de equidad territorial y de rentabilidad social, podrán tener un carácter supramunicipal, de acuerdo con la planificación y ordenación del sistema gallego de servicios sociales, y su prestación incluso podrá llegar a ser asumida por la comunidad autónoma cuando, por su naturaleza, ámbito supramunicipal u otras circunstancias debidamente justificadas así se prevea en la planificación del sistema.

3.4. Castilla y León

El Catálogo de Servicios Sociales, regulado mediante el Decreto 58/2014, de 11 de diciembre, atribuye la titularidad de los diversos servicios bien a la administración local, bien en la autonómica, o bien a ambas. Las prestaciones esenciales que se atribuyen a la administración social en exclusiva son las siguientes:

- Servicio de información especializada sobre inclusión social.
- Servicio de apoyo familiar para la protección a la infancia.
- Teleasistencia.
- Ayuda a domicilio.
- Prestación económica para necesidades básicas de subsistencia en situaciones de urgencia social.

Además, el Catálogo atribuye a la atención primaria un amplio grupo de prestaciones no esenciales¹³ y establece que determinadas prestaciones esenciales pueden ser tanto de titularidad municipal como autonómica. Entre ellas, cabe destacar las siguientes:

¹³ Servicio de promoción de hábitos y estilos de vida saludables; servicio de adquisición de competencias para la vida autónoma; servicio de promoción de la relación con el entorno; servicio de acción social comunitaria y promoción de la solidaridad; servicio de actuaciones preventivas para familias con hijos o hijas menores en situación de riesgo; servicio de apoyo preventivo a la infancia y a la adolescencia en situación de riesgo; servicio de apoyo a mujeres embarazadas o madres en situación de especial vulnerabilidad; servicio de apoyo familiar para la promoción de la autonomía personal en situaciones de dependencia, y/o discapacidad; servicio de formación de cuidadores y cuidadoras no profesionales de personas con dependencia; servicio de apoyo familiar para la inclusión social; servicio de apoyo técnico a personas en situación de dependencia y/o de discapacidad; servicio de apoyo técnico para la inclusión social; servicio de alojamiento para personas sin hogar; prestación extraordinaria frente a situaciones de deuda hipotecaria.

- Servicio de información sobre derechos y recursos del sistema de servicios sociales.
- Servicio de valoración, orientación, planificación de caso y seguimiento.
- Servicio de prevención de la situación de dependencia.
- Servicio de apoyo para la elaboración del proyecto de vida.
- Servicio de apoyo técnico a la infancia para su protección.
- Servicio de atención en centros de día para personas con discapacidad.
- Servicio de atención en centros de día para personas mayores en situación de dependencia.
- Servicio de atención en centros de emergencia, casas de acogida y viviendas para víctimas de violencia.
- Servicio de atención residencial o en vivienda para personas con discapacidad.
- Servicio de atención residencial con cuidados sociales y sanitarios para personas en situación de convalecencia.
- Servicio de atención residencial para personas mayores en situación de dependencia.

En cuanto a su organización funcional, como se señala posteriormente, el sistema se estructura en dos niveles:

- El primero corresponde a los Equipos de Acción Social Básica, que desarrollarán su actividad mediante los centros de acción social (CEAS, equiparables a los servicios sociales de base de la Comunidad Autónoma de Euskadi) y sobre la base territorial de las llamadas zonas de acción social¹⁴.
- El segundo nivel está compuesto por los Equipos Multidisciplinares Específicos y están establecidos en cada área de acción social¹⁵.
- La titularidad y la gestión de ambos equipos corresponderán a las entidades locales competentes en servicios sociales.

3.5. Castilla-La Mancha

Como se señala al analizar la ordenación territorial de los servicios sociales de atención primaria de Castilla-La Mancha, existen dos tipos de zonas de servicios sociales: las zonas PRAS (Plan Regional de Acción Social), que están formadas por municipios menores de 5.000 habitantes, y las zonas Plan

¹⁴ Como se explica posteriormente, la zona de acción social (ZAS) es la unidad de referencia para la detección de necesidades, asignación y planificación de recursos y servicios sociales. Se establece un módulo de 20.000 habitantes para el medio urbano y 10.000 para el rural.

¹⁵ Como se explica posteriormente, las áreas son agrupaciones de ZAS y corresponde a cada entidad local su delimitación. Cada área deberá integrar un mínimo de tres y un máximo de cinco ZAS.

Concertado, que además de ser municipios con mayor número de habitantes disponen de ayuntamientos con mayor capacidad de gestión. En las zonas Plan Concertado, el ayuntamiento aporta más recursos que en las zonas PRAS, lo que implica la disponibilidad de más profesionales y mayor capacidad de intervención técnica. Las funciones y contenidos del servicio también varían en función del tipo de zona:

- Zonas PRAS. La totalidad de municipios menores de 5.000 habitantes están en este tipo de zonas, así como una buena parte de los municipios inferiores a 20.000. En cada zona PRAS, hay al menos un profesional de trabajo social contratado por la Junta de Castilla Mancha (en alguna puede haber dos), y en algunas existen también educadores (no en la mayoría) y un auxiliar administrativo. Los trabajadores y trabajadoras sociales son personal funcionario de la Junta, mientras que los educadores educadoras y el personal administrativo son personal de la Junta no funcionario, financiado mediante convenio entre ésta y el ayuntamiento o la mancomunidad. Hasta 2012 hubo zonas PRAS en las que algunos ayuntamientos reforzaban los servicios sociales municipales mediante la contratación de educadores y educadoras o algún trabajador o trabajadora social adicional, con presupuesto municipal. Sin embargo, debido a los recortes presupuestarios sufridos por los ayuntamientos, esas figuras profesionales contratadas de forma directa prácticamente han desaparecido en estas zonas.
- Zonas Plan Concertado. Son las de municipios de más de 20.000 habitantes y algunos con población inferior. Dado el mayor tamaño y la mayor capacidad de gestión y compromiso municipal con los servicios sociales en este tipo de zonas, la dotación de personal es mayor aquí que en las zonas PRAS. Así, por ejemplo, en todas las zonas Plan Concertado hay educadores (cosa que no ocurre con las zonas PRAS) y, en general, cuentan con más personal profesional especializado (psicólogos, por ejemplo, en algunos casos) y de gestión.

El servicio de ayuda a domicilio es objeto de un convenio separado entre el Gobierno autonómico y cada ayuntamiento, por lo que el personal de este servicio tiene una consideración y vinculación diferente con la administración local. Existe una salvedad en el modo de gestión del SAD en la provincia de Albacete, dada la existencia de un Consorcio Provincial de Servicios Sociales, en virtud del cual es la diputación provincial quien supervisa y contrata en esta provincia a todos los auxiliares del SAD para las zonas rurales, lo que hace que en esta provincia la gestión del SAD sea de mayor calidad y esté más controlada que en el resto de las provincias, donde depende de cada municipio.

Esta organización territorial y el sistema de dotación de personal hacen que, en la actualidad, sólo se pueda hablar de cuatro servicios o prestaciones mínimas realmente garantizados en todo el territorio autonómico:

- Información y orientación.
- Estudio, valoración y acompañamiento.
- Ayuda a domicilio.
- Teleasistencia.
- Atención a la familia o unidad de convivencia, antes denominado ‘educación familiar’ (esta prestación técnica solamente está garantizada en las zonas donde existen educadores, que no son la mayoría).

Cabe señalar además que, hasta 2012, las prestaciones de atención primaria relacionadas con la atención integral a situaciones de exclusión social y de fomento de la participación comunitaria eran implementadas mediante subvenciones que la propia Junta de Castilla-La Mancha otorgaba a los ayuntamientos, previa presentación del proyecto de acción correspondiente. Los municipios, generalmente subcontrataban a asociaciones, entidades del tercer sector o empresas, la realización de dichos proyectos, una vez concedida al municipio la subvención regional para llevarlos a cabo. Este tipo de actuaciones y prestaciones ‘garantizadas’ prácticamente han desaparecido, al eliminarse o reducirse muy drásticamente estas partidas presupuestarias en la última legislatura.

4. Dotaciones mínimas y ratios de personal

4.1. Comunidad Foral de Navarra

En Navarra, las ratios de personal de los servicios sociales de base están parcialmente vinculadas a la financiación de esos servicios que, como más adelante se indica, están cofinanciados por los ayuntamientos y el Gobierno de la Comunidad Foral.

En ese sentido, el tramo fijo de financiación que aporta el Gobierno de la Comunidad se determina a partir de los Equipos Mínimos Interprofesionales de Atención Primaria necesarios para el desarrollo de los cuatro programas obligatorios en cada territorio. Como puede comprobarse en el Cuadro 1, se determina que, por ejemplo, un municipio de entre 5.000 y 7.000 habitantes debe disponer como mínimo de 1,5 trabajadores/as sociales, 1 administrativo/a; 2,5 trabajadores/as familiares y 1 educador/a social (por programas: 1,5 trabajadores/as sociales y 1 administrativo/a para el programa de acogida; 0,5 trabajadores/as sociales y 2,5 trabajadores/as familiares para el de autovalimiento; 0,5 educadores/as sociales para el programa de infancia y 0,5 educadores/as sociales para el de incorporación.)

4.2. Catalunya

Para la mayor parte de los servicios, la Cartera de Servicios Sociales indica que “se dispondrá de profesionales suficientes en número y perfil para la prestación del servicio”. En algunos casos,

Cuadro 1. Navarra. Equipos mínimos interprofesionales de atención primaria en función de programas, por tramos de población					
Población	Acogida	Autonomía personal y atención a la dependencia	Infancia	Incorporación	Total
< 5.000 habs.	0,75 ts. 1 adm. 0,5 asc.	0,25 ts. 2 tf.	0,25 es.	0,25 es.	1 ts. 1 adm. 0,5 es. 0,5 asc. 2 tf.
5.000-7.500 habs.	1 ts. 1 adm.	0,5 ts. 2,5 tf.	0,5 es.	0,5 es.	1,5 ts. 1 adm. 2,5 tf. 1 es.
7.500-10.000 habs.	1 ts. 1 adm.	0,5 ts. 3 tf.	0,25 ts. 0,50 es.	0,25 ts. 0,5 es.	2 ts. 1 adm. 3 tf. 1 es.
10.000-15.000 habs.	1,25 ts. 1 adm.	0,75 ts. 3,5 tf.	0,25 ts. 0,75 es.	0,25 ts. 0,75 es.	2,5 ts. 1 adm. 3,5 tf. 1,5 es.
15.000-20.000 habs.	1,50 ts. 1,5 adm.	1 ts. 4 tf.	0,50 ts. 1 es.	0,50 ts. 1 es.	3,5 ts. 1,5 adm. 4 tf. 2 es.
20.000-30.000 habs.	1,5 ts. 1,5 adm.	1 ts. 4,5 tf.	0,75 ts. 1,25 es.	0,75 ts. 1,25 es.	4 ts. 1,5 adm. 4,5 tf. 2,5 es.
> 30.000 habs.	2 ts. 1,5 adm.	1 ts. 5 tf.	0,5 ts. 1 es.	0,5 ts. 1 es.	(4 ts. 1,5 adm. 2 es. 5 tf.) / ZB

ts.: trabajador/a social. adm.: administrativo/a. asc.: animador/a sociocultural. tf.: trabajador/a familiar. es.: educador/a social. ZB: zona básica.

Fuente: Elaboración propia.

sin embargo, establece también las ratios y la cualificación del personal que debe prestar esos servicios:

En lo se refiere al Servicio Básico de Atención Social, definido como el “conjunto organizado y coordinado de acciones profesionales, integrado por equipos técnicos, con el objetivo de mejorar el bienestar social y favorecer la integración de las personas”, se establece una ratio de tres trabajadores o trabajadoras sociales y dos educadores o educadoras sociales por cada 15.000 habitantes.

Las ratios de personal que establece el Decreto de Cartera para el servicio de centro abierto¹⁶ son las siguientes: 1 director/a-coordinador/a, ratio no inferior a 0,2; 2 educadores/as sociales o 1 educador/a social y 1 integrador/a social por cada 20 personas usuarias. Se puede disponer de monitores/as de tiempo libre para actividades específicamente lúdicas y de apoyo.

¹⁶ Este servicio se define como un servicio diurno preventivo, fuera del horario escolar, que da apoyo, estimula y potencia la estructuración y el desarrollo de la personalidad, la socialización, la adquisición de aprendizajes básicos y el ocio, y compensa las deficiencias socioeducativas de las personas atendidas mediante el trabajo individualizado, el grupal, la familia, el trabajo en red y con la comunidad. Su objetivo es proporcionar atención a todos los menores en situación de riesgo, favoreciendo su desarrollo personal e integración social y la adquisición de aprendizajes, previniendo y evitando el deterioro de las situaciones de riesgo, y compensando déficits socioeducativos”.

Los datos del Mapa de Servicios Sociales de la Generalitat de Catalunya ponen de manifiesto que, en 2014, las ratios de personal están por término medio, para el conjunto del territorio, ligeramente por debajo de lo establecido en la Ley, con 2,88 trabajadores o trabajadoras sociales y 1,78 educadores o educadoras sociales por cada 15.000 habitantes¹⁷.

4.3. Galicia

El Decreto 99/2012, de 16 de marzo, además de definir o regular los aspectos básicos de contenido y funcionamiento de los servicios sociales comunitarios, establece los criterios para dotarlos de personal y sienta las bases para una adecuada coordinación operativa entre los servicios sociales comunitarios y el resto del sistema gallego de servicios sociales. Con el fin de hacer efectiva la garantía del acceso universal y gratuito al sistema, así como la prestación de servicios de carácter

¹⁷ Es importante señalar, a este respecto, que el Mapa recoge el número de trabajadores y trabajadoras sociales y educadores y educadoras sociales de todas y cada una de las zonas básicas municipales y comarcales, indicando en qué medida se cumplen en cada una de ellas las ratios mínimas establecidas en la normativa. La publicación de estos datos tiene un impacto importante en lo que se refiere a la transparencia del sistema y la rendición de cuentas por parte de las administraciones locales a la ciudadanía.

profesional en todo el territorio, este decreto establece la obligatoriedad de que en todos los servicios sociales comunitarios se desarrolle el programa de valoración, orientación e información en materia de bienestar social a las personas, a los grupos y a la comunidad y de que se les asigne, a las personas usuarias, un profesional de referencia: una trabajadora o trabajador social.

Para delimitar la dotación de personal necesaria para la prestación de estos servicios, dicho decreto define primeramente distintos tipos de equipos técnicos o 'unidades de actuación' de servicios sociales comunitarios básicos. Así, en función del área social y del ayuntamiento en que se actúa, se definen los siguientes tipos de equipo profesional:

- Unidades de trabajo social (UTS).
- Unidades de trabajo y educación social (UTES).
- Unidades interdisciplinares de intervención social (UNIS).

Con carácter general, los criterios de dotación mínima que se aplicarán son los siguientes:

- En las unidades de trabajo social (UTS), se asegurará la presencia de un trabajador o trabajadora social.
- En las unidades de trabajo y educación social (UTES), se integrarán personas tituladas en Trabajo Social y Educación Social.
- En las unidades interdisciplinares de intervención social (UNIS), deberá asegurarse, además, la presencia de al menos una persona titulada

superior o en posesión de grado universitario en Psicología, Sociología o materia relacionada con los programas desarrollados por los servicios sociales comunitarios.

En tanto no se aprueben y publiquen el Mapa de Servicios Sociales y el Plan Estratégico, se establece como referencia para la dotación de recursos humanos de los servicios sociales comunitarios básicos la planificación establecida en los anexos I y II del Decreto 99/2012, partiendo de la clasificación de los ayuntamientos en diferentes tipos de áreas sociales y de la definición de diferentes equipos técnicos o unidades de actuación para cada tipo de ayuntamiento y de área (Cuadro 2). De acuerdo con esos anexos, la dotación de las unidades de actuación de servicios sociales comunitarios básicos no es la misma en los diversos tipos de área (véase el apartado relativo a la ordenación territorial para una explicación más detallada sobre los diferentes tipos de áreas existentes). Si en las áreas urbanas, con carácter general, se aplicará una ratio de una persona técnica por cada 8.000 habitantes, en las semiurbanas y metropolitanas la dotación mínima varía en función del modelo de unidad y de los tramos de población.

Para los ayuntamientos de las áreas rurales y de las áreas de alta dispersión, se establecen también dotaciones mínimas, que incluyen en general las mismas figuras profesionales (Cuadros 3 y 4).

El decreto en cuestión, a la hora de establecer los criterios para la financiación del SAD, también establece una serie de ratios de cobertura, que se definen en función del tamaño del municipio y

Población	Modelo unidad	Trabajadores sociales	Educadores	Psicólogos/sociólogos o titulados superiores idóneos	Auxiliares administrativos
< 10.000 habs.	UTS	1-2	**	*	0-0,5
10.000-15.000 habs.	UTES	2	1	*	1
15.000-25.000 habs.	UNIS urbana	2-3	1-2	1	1-2
20.000-40.000 habs.	UNIS urbana reforzada	3-5	2-3	1	2-3

UTS: unidad de trabajo social. UTES: unidad de trabajo y educación social. UNIS: unidad interdisciplinaria de intervención social.

* Se determinará en función de la población del conjunto del área.

** Se procurará la gestión conjunta con ayuntamientos limítrofes.

Fuente: Elaboración propia.

Población	Modelo unidad	Trabajadores sociales	Educadores	Psicólogos/sociólogos o titulados superiores idóneos	Auxiliares administrativos
< 5.000 habs.	UTS	1-2	**	*	0-0,5
5.000-12.000 habs.	UTES	1-2	1	*	1
12.000-20.000 habs.	UNIS rural	2-3	1-2	1	1-2

UTS: unidad de trabajo social. UTES: unidad de trabajo y educación social. UNIS: unidad interdisciplinaria de intervención social.

* Se determinará en función de la población del conjunto del área.

** Contarán con el apoyo de los educadores vinculados al área.

Fuente: Elaboración propia.

Cuadro 4. Galicia. Dotación profesional de las áreas rurales de alta dispersión					
Población	Modelo unidad	Trabajadores sociales	Educadores	Psicólogos/sociólogos o titulados superiores idóneos	Auxiliares administrativos
< 2.000 hab.	Se asegurará la presencia regular de un trabajador social. Se potenciarán formas flexibles de cooperación entre ayuntamientos para compartir profesionales y programas.				
2.000-5.000 hab.	UTS	1/2	**	*	0-0,5
Con carácter general, se potenciarán formas flexibles de cooperación entre ayuntamientos para compartir profesionales y programas, reforzándose las dotaciones para compensar posibles desequilibrios en la oferta territorial de servicios sociales.					

UTS: unidad de trabajo social.

* Se determinará en función de la población del conjunto del área.

** Contarán con el apoyo de los educadores vinculados al área.

Fuente: Elaboración propia.

oscilan entre una unidad de convivencia atendida por cada 75 habitantes, en las áreas rurales de alta dispersión, y una unidad de convivencia atendida por cada 500 habitantes, en las áreas de más de 30.000 habitantes.

4.4. Castilla y León

La Ley 16/2010 de Servicios Sociales prevé que reglamentariamente se desarrolle la composición del personal de los equipos de los centros de acción social (CEAS), desarrollo que no ha sido acometido por el momento¹⁸. Por su parte, el Catálogo de Servicios Sociales no contempla una intensidad mínima para las prestaciones que estos centros ofrecen, salvo en el caso del SAD, en el que no se establecen ratios de personal, sino determinadas intensidades horarias mínimas, tanto para las personas en situación de dependencia, en cuyo caso se trata de una prestación esencial, siguiendo los criterios que establece la normativa del SAAD, como en los demás casos, en los que se trata de una prestación optativa.

4.5. Castilla-La Mancha

Dado que la Ley 14/2010 no se ha desarrollado y, más concretamente, no se ha elaborado ni el Plan, ni el Mapa, ni el Catálogo de Servicios Sociales, no existen dotaciones o ratios mínimas para los servicios de atención primaria, más allá de las intensidades mínimas que se puedan establecer, por ejemplo, con relación al SAD, en el marco del Sistema Nacional de Atención a la Dependencia (SAAD).

5. Ordenación territorial y fórmulas de colaboración interadministrativa

5.1. Comunidad Foral de Navarra

Uno de los aspectos fundamentales que implica la Ley 15/2006 es el reconocimiento de la necesidad de

trabajar por la cohesión territorial de la Comunidad Foral de Navarra. Para ello se requería una estructura cercana a la ciudadanía y que garantizara el acceso universal al sistema. Con el fin de lograr estos objetivos y a partir de los tres niveles básicos de la estructura anteriormente presentados (servicios sociales de base, centros de servicios sociales y servicios sociales especializados), la Ley establece una ordenación territorial específica para los servicios sociales, muy basada en cualquier caso en la estructura anterior formada por zonas y mancomunidades de municipios.

Esta nueva organización se desarrolló al amparo del Decreto Foral 33/2010, de 17 de mayo, por el que se establece la zonificación de servicios sociales de la Comunidad Foral de Navarra¹⁹. A partir de esta norma, la estructura territorial de Navarra para el ámbito de servicios sociales queda compuesta por 44 zonas básicas de servicios sociales (formadas por diferentes mancomunidades de municipios), agrupadas a su vez en seis áreas de servicios sociales.

¹⁹ Aunque, tal y como se ha mencionado anteriormente, los servicios sociales en Navarra tienen una organización territorial propia, el Decreto Foral 33/2010, de 17 de mayo, antepuso la necesidad de que ésta coincidiera, al menos en su nivel de atención primaria, con las zonas ya delimitadas del sistema de salud o educativo. El Sistema de Salud de Navarra se organiza en torno a zonas básicas, que a su vez se agrupan en tres áreas de salud encabezadas por un complejo hospitalario: Pamplona, Estella y Tudela. El sistema educativo, por otro lado, está organizado en dieciocho distritos educativos que incluyen zonas de educación secundaria y centros de enseñanza primaria. Ambas organizaciones territoriales son previas a la de servicios sociales. La coincidencia de zonas básicas fue posible con las zonas básicas de salud, de tal forma que la organización permitiera, al menos, garantizar una buena coordinación entre servicios sociales y sanitarios en el nivel de atención primaria. Este objetivo se alcanzó sobre todo en las zonas rurales, donde sí se ha producido esa convergencia entre las zonas básicas de servicios sociales y las de atención sanitaria. Sin embargo, no parece que haya ocurrido lo mismo en el ámbito urbano de Pamplona. Las diferencias en lo urbano y rural se deben, fundamentalmente, a que la organización territorial sanitaria en el ámbito de Pamplona se ha definido a partir de criterios de población, mientras que la de servicios sociales ha estado más vinculada a criterios de barrio e identidad. Por el contrario, el éxito de esta común zonificación en lo rural se debe a que han convergido tanto los lazos culturales, identitarios y sociales, como los políticos (vinculados a distritos electorales) y de salud. Esta convergencia ha hecho posible un desarrollo común territorial para el ámbito sanitario y social en las zonas rurales, facilitando la interlocución y coordinación entre sistemas. En el caso educativo, las diferencias no sólo se producen en el ámbito urbano, sino que es común a todo el territorio navarro. Esta circunstancia da lugar a una dificultad importante, especialmente latente en algunas zonas rurales.

¹⁸ El Decreto 13/1990, establecía que el personal mínimo del CEAS fuera un trabajador social y un animador comunitario.

En este esquema, las áreas agrupan a entre cinco y doce zonas básicas, mientras que cada zona básica incluye una media de 22 municipios. El tamaño poblacional de las áreas oscila entre los 20.193 del área noreste y los 357.957 del área de Pamplona, que representan el 55 % de la población de la Comunidad Foral. El tamaño medio de las zonas básicas de servicios sociales es de unos 15.000 habitantes, si bien lógicamente su tamaño real depende del número y tamaño de los municipios que lo integran. Así, mientras que la zona básica de Alsasua incluye los municipios de Alsasua, Olazti y Ziordia, la de Doneztebe incluye trece municipios (Bertizarana, Donamaria, Doneztebe/Santesteban, Elgorriaga, Eratsun, Ezkurra, Ituren, Labaien, Oitz, Saldias, Sunbilla, Urrotz y Zubieta). Cinco zonas básicas —todas del área de Pamplona y comarca: las de Aranguren, Barañain, Burlada, Pamplona y Egüés— coinciden con un solo municipio, y en ningún caso los municipios se dividen en más de una zona básica.

Además de esta organización, la norma también establece la posibilidad de designar ‘distritos de servicios sociales’, una agrupación de zonas de servicios sociales con el fin de compartir servicios de ámbito superior a la zona. Actualmente se han designado distritos para dos de las áreas, la de Estella y la del área noroeste. Sin embargo, esta designación territorial no se materializa en la práctica en ningún servicio ni función compartida, según se ha podido comprobar a partir de los encuentros mantenidos con profesionales de estas zonas. Por tanto, es una mera nominación territorial.

Cabe señalar por otra parte que, al margen de esta ordenación territorial, Navarra carece de una herramienta, como el Mapa de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Euskadi, que establezca dotaciones o coberturas mínimas, a nivel del conjunto del territorio o de sus unidades territoriales, para los diversos servicios garantizados de la Cartera.

5.2. Catalunya

Como se ha señalado previamente, la competencia en la prestación del primer nivel de atención —los servicios sociales básicos— es de los municipios, que están obligados a crearlos y gestionarlos de acuerdo con la Cartera de Servicios Sociales y el Plan Estratégico correspondiente. Los consejos comarcales suplen los municipios de menos de 20.000 habitantes en la titularidad de las competencias propias de los servicios sociales básicos que estos no estén en condiciones de asumir directamente o mancomunadamente.

La división administrativa y unidad primaria de atención social es el área básica de servicios sociales (en adelante, ABSS), que se organiza en torno a una población mínima de 20.000 habitantes. El titular del área puede ser el municipio o la comarca (Cuadro 5).

Población	Área básica de servicios sociales	
	Titular	Descentralización territorial
< 20.000 habs.	Comarca o ente asociativo municipal	Sin delegación de competencia Equipos Básicos de Atención
		Con delegación voluntaria de competencia Municipio
> 20.000 habs.	Municipio	Centros de servicios sociales, Servicios y Equipos Básicos de Atención

Fuente: Elaboración propia.

Los municipios de más de 20.000 habitantes pueden crear más de una ABSS en función de su población y necesidades sociales. La realidad es, sin embargo, que ningún municipio tiene más de un área. Para realizar una prestación del servicio de proximidad y facilitar el acceso al sistema de servicios sociales, algunos ayuntamientos se han decantado por la creación de centros, servicios o equipos de atención básica descentralizados territorialmente. Los criterios para su creación no han sido homogéneos y han dado respuesta a las diferentes realidades geográficas (barrios, distritos, entes locales descentralizados, etc.) y/o prioridades políticas. El proceso de implantación no ha tenido una evaluación suficiente en términos de eficiencia, y mucho menos de distribución y prevalencia de necesidades.

En el caso de las comarcas que agrupan municipios menores de 20.000 habitantes, la situación es más compleja y, a lo largo del tiempo, se han desarrollado diversos modelos de gestión. En síntesis, podemos encontrar tres formas de organización del área básica en función de la combinación de los elementos descritos en el Cuadro 5:

- El Consejo Comarcal²⁰ es el titular, gestiona los servicios y contrata el personal. Dispone de uno o más equipos básicos de atención que atienden los diversos municipios de la comarca. En el apartado siguiente, se describe la forma de financiación del servicio en estos casos.
- El Consejo Comarcal delega en los municipios la gestión de servicios y la contratación de personal y se reserva las funciones de planificación y control de la financiación y la gestión.
- Los municipios pueden crear una mancomunidad, o ente local asociativo voluntario que se encarga de la gestión de los servicios sociales. Es una opción minoritaria pero que permite, en ocasiones, aportar un alto valor añadido en dos tipos de situaciones:
 - En el caso de que los municipios tengan una larga tradición en la mancomunación

²⁰ Los Consejos Comarcales son los órganos de gobierno y gestión de las Comarcas creados en la ley 6/1987, de 4 de abril, de la Organización Comarcal de Catalunya.

de servicios y dispongan ya de una estructura jurídica y técnica. Es el caso de la Mancomunitat de La Plana, que agrupa a doce municipios de la comarca de Osona, en la provincia de Barcelona.

- Cuando en una misma comarca existan dos ABSS (la de ámbito comarcal y la de la capital de comarca) que necesiten crecer en masa crítica para mejorar su eficacia y eficiencia. La solución adoptada en algún caso ha sido la creación de un consorcio entre las administraciones titulares que asume las competencias en servicios sociales. El mejor ejemplo es el Consorci d'Acció Social de La Garrotxa, en la provincia de Girona, formado por el Ayuntamiento de Olot y el Consejo Comarcal.

Según el Mapa de Servicios Sociales de Catalunya de 2014, la configuración del sistema se concreta en 62 áreas básicas municipales y 41 comarcales (Cuadro 6).

	Nº áreas básicas de servicios sociales	Habitantes	Habitantes/área
Municipales	62	5.243.220	84.568
Comarcales	41	2.275.683	55.504
Total	103	7.518.903	72.999

Fuente: Elaboración propia.

La dimensión media del ABSS se sitúa en torno a los 73.000 habitantes, pero es necesario señalar que oscilan entre un mínimo de los 13.553 habitantes de Badia del Vallès (una excepción a la norma que fijan el mínimo en los 20.000 habitantes) y la ciudad de Barcelona, con 1.602.386 habitantes. Entre las ABSS comarcales, también hay una enorme dispersión: la comarca de Alta Ribagorça tiene una población de 3.873 habitantes, mientras que el Vallès Oriental reúne 291.974²¹.

En lo que se refiere a las fórmulas de colaboración interadministrativa para la prestación de los servicios sociales de atención primaria, cabe hacer referencia, a título ilustrativo, al caso del Consorcio de Servicios Sociales de Barcelona. La Carta Municipal de Barcelona²² crea el Consorcio de Servicios Sociales

²¹ Esta realidad nos muestra que la heterogeneidad en cuanto al volumen de población, las diferencias socioeconómicas, la dimensión geográfica, la dispersión y al carácter más o menos rural o urbano han supuesto características insalvables para conseguir un despliegue homogéneo en todo el territorio. Cabe señalar, además, que algunas de las decisiones en materia de organización territorial, adoptadas a lo largo de los años (sobre todo, en el ámbito de las ABSS comarcales) han contribuido a agravar el problema, más que a solucionarlo. Un ejemplo es la delegación, descrita anteriormente, de la gestión de los servicios sociales básicos por parte de las comarcas en los municipios (en ocasiones, a ayuntamientos de dimensiones menores a los 5.000 habitantes y sin acreditar la condición de ser capaces de asumirla directamente).

²² La Carta Municipal de Barcelona es la norma (reconocida a nivel autonómico y estatal) que regula la especificidad del régimen jurídico de la ciudad.

formado por el Ayuntamiento de Barcelona y la Generalitat de Catalunya. Ha de realizar la gestión de los servicios sociales en el ámbito regional de Barcelona, en especial:

- Elaborar la planificación general.
- Proponer al Gobierno de la Generalitat la reglamentación de las entidades, servicios y establecimientos, públicos y privados, que presten servicios sociales en el municipio de Barcelona.
- Programar, prestar y gestionar los servicios especializados.
- Organizar la información a los ciudadanos y proporcionar el apoyo informativo, de evaluación y estadístico a las labores ordenadoras y planificadoras de los servicios sociales.

En los órganos de gobierno del Consorcio de Servicios Sociales, la Generalitat de Catalunya cuenta con las tres quintas partes de representantes o votos, y el Ayuntamiento de Barcelona, con las dos quintas partes restantes.

El Consorcio es una iniciativa pionera para evitar la actuación de diferentes niveles de la Administración en un mismo territorio desde la óptica de la cooperación y codecisión. El objetivo ha sido evitar duplicidades, detectar y atender las necesidades de las personas atendidas y favorecer sus itinerarios, especialmente entre la atención básica y la especializada. En ausencia de una evaluación formal, hay que destacar el desarrollo incompleto de la implantación del Consorcio, especialmente la falta de integración en él de los servicios sociales básicos. De momento sus 40 centros de servicios sociales dependen de un Instituto autónomo y no del Consorcio, lo que reproduce en la ciudad de Barcelona la dualidad de administraciones competentes y hace aparecer los problemas de relación y los costes de transacción.

Como valoración de esta experiencia, desde la óptica de Catalunya, cabe señalar que los consorcios pueden ser una opción para superar los efectos negativos de la actual división de los servicios sociales por niveles y sus problemas de gobernanza y coordinación. Tienen como ventaja que no necesitan de un cambio legislativo relativo al ámbito competencial de cada una de las administraciones, pero incorporan elementos de complejidad en la gestión, como la necesidad de dotarse de estructuras de toma de decisiones eficaces y el riesgo del desarrollo de organigramas ejecutivos superpuestos.

5.3. Galicia

Como ya se ha señalado, la planificación general del sistema gallego de servicios sociales le corresponde a la comunidad autónoma. No obstante, la Ley 13/2008, de 3 de diciembre, también deja cierto margen a los ayuntamientos para elaborar

su propia planificación, si bien siempre orientada a completar, en su ámbito territorial, la planificación estratégica aprobada por la comunidad autónoma, a través de planes y programas de servicios sociales municipales. En ese sentido, la normativa autonómica fija como unidad territorial de referencia para la planificación de los servicios sociales el área social, definida atendiendo a indicadores sociales, económicos y demográficos, con la finalidad de facilitar una distribución equilibrada de los recursos y garantizar la igualdad de oportunidades en el acceso a los servicios sociales para toda la ciudadanía, con independencia de su lugar de residencia.

Aunque la Ley prevé la aprobación del Mapa gallego de Servicios Sociales, en el que se definirán las áreas sociales y se establecerán los criterios de dotación de centros y de servicios en el territorio de Galicia, este mapa aún no ha sido aprobado. No obstante, el Decreto 99/2012, de 16 de marzo, por el que se regulan los servicios sociales comunitarios y su financiación, ha avanzado algo en esta dirección, definiendo las áreas sociales, pero únicamente a los efectos de establecer la dotación de los servicios sociales comunitarios y con un valor provisional, en tanto no se aprueben los instrumentos de planificación del sistema gallego de servicios sociales: el Mapa gallego de Servicios Sociales y el Plan Estratégico de Servicios Sociales, también pendiente de aprobación²³.

Las áreas sociales de referencia para la planificación de los servicios sociales comunitarios parten de los ayuntamientos como unidad básica de prestación de los servicios²⁴, clasificándolos y agrupándolos de acuerdo con demarcaciones caracterizadas por criterios poblacionales, sociales y geográficos. De esta manera, la ordenación territorial de los servicios sociales viene a coincidir, casi en su totalidad, con la ordenación municipal, pues, salvo en los casos de agrupaciones o mancomunidades, que son minoritarias y voluntarias, cada ayuntamiento presta los servicios sociales en su término municipal, careciendo de referencias comunes o de similitudes

²³ Sí se han aprobado otras herramientas de planificación sectoriales, como la Estrategia marco para la prevención y detección precoz de la dependencia en Galicia, que establece una serie de objetivos y recomendaciones para orientar la organización y funcionamiento de los diferentes servicios (sociales, sanitarios y educativos) hacia una mejora de las condiciones de vida de las personas en cuanto a salud y autonomía personal, hacia la prevención de los factores de riesgo y de limitaciones funcionales y a la atención integral, el Plan para la dinamización demográfica de Galicia 2013-2016, que, a partir del objetivo principal, desarrolla los objetivos estratégicos y cuatro áreas de intervención que establecen medidas orientadas a promover la dinamización demográfica, o la Estrategia de inclusión social de Galicia 2014-2020, que constituye un marco integrado de intervenciones orientadas a responder de un modo efectivo y coordinado a las situaciones personales y familiares de vulnerabilidad, pobreza y exclusión social y procurar los apoyos precisos para que las personas afectadas alcancen su inclusión social y laboral, por citar las más importantes.

²⁴ A ese respecto, el Decreto señala que las áreas para la planificación de referencia de servicios sociales comunitarios parten en todo caso de los ayuntamientos como unidad básica de prestación de los servicios, clasificándolos y agrupándolos de acuerdo con demarcaciones caracterizadas por criterios poblacionales, sociales y geográficos que se establecen.

con la organización territorial del sistema educativo o sanitario. En total, se establecen en el Decreto 61 áreas diferentes, agrupadas en seis categorías o niveles.

La tipología de las áreas sociales se define siguiendo criterios de tamaño, densidad y dispersión poblacional, configuración orográfica, así como índices de dependencia, envejecimiento y discapacidad (anexo I del Decreto 99/2012, de 16 de marzo), y se establece la siguiente clasificación:

- Áreas urbanas: siete en total. Tienen esta consideración los ayuntamientos de A Coruña, Santiago de Compostela, Ferrol, Lugo, Ourense, Pontevedra y Vigo (las siete ciudades de Galicia).
- Áreas metropolitanas: se caracterizan por su proximidad a determinadas áreas urbanas, existiendo una continuidad territorial con éstas, o por situarse en su zona directa de influencia económica, demográfica y social. Se establecen cuatro áreas de este tipo.
- Áreas semiurbanas: presentan caracteres análogos a las metropolitanas, sin que exista una continuidad física o territorial con las áreas urbanas o por no encontrarse en su área de influencia. Hay nueve en total.
- Áreas rurales: se delimitan por referencia a los ámbitos territoriales que presentan características propias de los núcleos de población establecidos en el medio rural. Son, en total, 35.
- Áreas rurales de alta dispersión: seis áreas, caracterizadas por un importante declive demográfico, alta dispersión poblacional y elevados índices de envejecimiento.

En lo que se refiere a las fórmulas de colaboración interadministrativa para la prestación de los servicios sociales en Galicia, cabe hacer referencia a la Agencia Gallega de Servicios Sociales y al Consorcio Gallego de Igualdad y Bienestar. En efecto, la estructura administrativa de referencia para la coordinación o prestación conjunta de servicios en Galicia es el Consorcio Gallego de Servicios de Igualdad y Bienestar, integrado por la Xunta de Galicia y por 272 de los 314 ayuntamientos gallegos, así como por cuatro mancomunidades. La integración en el Consorcio tiene carácter voluntario para todas las administraciones que lo integran.

Este organismo ha sido fundamental para mejorar el equilibrio territorial en la oferta de servicios sociales públicos desde su creación en 2006, en especial de los servicios sociales comunitarios específicos, y ha permitido garantizar la prestación de servicios de calidad con niveles suficientes de cobertura y facilitar el acceso a escuelas infantiles y puntos de atención a la infancia, centros de atención a personas mayores y a la dependencia (centros de día, viviendas comunitarias, hogares residenciales y minirresidencias), equipos comarcales de inclusión social, centros de información y asesoramiento a la

juventud u otros servicios de proximidad, como la comida a domicilio. Todo ello se basa en una fórmula de colaboración interadministrativa y de adhesión voluntaria a través de la cual los ayuntamientos ceden sus equipamientos para que sean gestionados por dicho consorcio, comprometiéndose a aportar el 30 % de la financiación, mientras que el consorcio asume el 70 % restante con cargo a las transferencias de financiación que recibe de la administración autonómica y a los ingresos procedentes del copago de las personas usuarias.

Actualmente, en virtud de la modificación de la Ley 13/2008, de 3 de diciembre, operada a través de la Ley 14/2013, de 26 de diciembre, de racionalización del sector público autonómico, y del Decreto 40/2014, de 20 de marzo, por el que se crea la Agencia Gallega de Servicios Sociales y se aprueban sus estatutos, el Consorcio Gallego de Servicios de Igualdad y Bienestar se encuentra en proceso de ser absorbido por la Agencia Gallega de Servicios Sociales, que pretende dar continuidad a esta fórmula de colaboración con los ayuntamientos para facilitar la prestación de servicios sociales.

5.4. Castilla y León

Como se ha señalado previamente, en lo que se refiere al nivel básico de servicios sociales, el sistema de servicios sociales de Castilla y León se organiza territorialmente en dos niveles: las zonas de acción social (en adelante, ZAS) y las áreas de acción social (ASS). La ZAS es la unidad de referencia para la detección de necesidades, asignación y planificación de recursos y servicios sociales. Se establece un módulo de 20.000 habitantes para el medio urbano y de 10.000 para el rural. Las áreas son agrupaciones de ZAS y corresponde a cada entidad local su delimitación. Cada área deberá integrar un mínimo de tres y un máximo de cinco ZAS. La organización territorial se instrumentará a través del Mapa de Servicios Sociales de Castilla y León, pendiente de desarrollo en el momento actual.

En 2011, la Comunidad quedaba estructurada en 189 zonas de acción social, 119 rurales y 70 urbanas, que integran un total de 197 centros de acción social (CEAS), 124 rurales y 73 urbanos (Cuadro 7).

Provincia	Entidad local	Centros de acción social (N)
Ávila	Ayuntamiento de la capital	4
	Diputación	8
Burgos	Ayuntamiento de la capital	9
	Diputación	18
	Aranda de Duero	2
	Miranda de Ebro	2
León	Ayuntamiento de la capital	7
	Diputación	7
	Ponferrada	3
	San Andrés de Rabanedo	2
Palencia	Ayuntamiento de la capital	4
	Diputación (mancomunidades)	11
Salamanca	Ayuntamiento de la capital	8
	Diputación	14
Segovia	Ayuntamiento de la capital	3
	Diputación	10
Soria	Ayuntamiento de la capital	2
	Diputación	10
Valladolid	Ayuntamiento de la capital	19
	Diputación	13
	Laguna de Duero	1
	Medina del Campo	1
Zamora	Ayuntamiento de la capital	4
	Diputación	10

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Junta de Castilla y León (<http://www.serviciosociales.jcyl.es>).

En cuanto a la organización funcional, como ya se ha señalado, el sistema se estructura en dos niveles: el primero corresponde a los Equipos de Acción Social Básica, que desarrollarán su actividad en los CEAS (coinciden con el ámbito territorial de las ZAS); y un segundo nivel, a los Equipos Multidisciplinares Específicos (establecidos en cada área de acción social). La titularidad y la gestión de ambos equipos corresponderán a las entidades locales competentes en servicios sociales.

5.5. Castilla-La Mancha

Desde el punto de vista de la ordenación territorial del sistema, la Ley de Servicios Sociales reconoce al municipio como unidad territorial básica para la prestación de servicios sociales de atención primaria, permitiendo formas de agrupamiento para su prestación en los casos (muy numerosos) en que, por su escaso número de habitantes, no puedan hacerlo solos. Corresponde al ejecutivo regional establecer dicha ordenación territorial mediante el Mapa de Servicios Sociales. Sin embargo, dado que dicho Mapa no ha sido elaborado hasta la fecha, se sigue aplicando —pese a que ha quedado a todas luces obsoleto— el Decreto 287/2004, de 28 de diciembre, por el que se regula la estructura territorial de las zonas y áreas de servicios sociales y la estructura funcional del sistema público de servicios sociales de Castilla-La Mancha.

Sin embargo, dadas las características espaciales y demográficas de la comunidad autónoma, aunque la unidad territorial básica para la prestación de los servicios sociales de atención primaria sea el municipio, la prestación de servicios sociales se organiza en la mayor parte del territorio mediante la agrupación voluntaria de municipios (cuando existen mancomunidades), y todos ellos (excepto los más grandes) se integran en zonas y áreas de servicios sociales establecidas. Así, todo el territorio está dividido en áreas de servicios sociales, en las cuales se integran dos o más zonas de servicios sociales. Sólo en el caso de municipios de más de 20.000 habitantes con capacidad de gestión propia (que apenas son una veintena en toda la comunidad autónoma, como ya se ha dicho) es el municipio la entidad local responsable de la prestación de servicios sociales.

Como se ha señalado previamente, existen dos tipos de zonas de servicios sociales: las zonas PRAS (Plan Regional de Acción Social), que están formadas por municipios menores de 5.000 habitantes; y las zonas Plan Concertado, que además de ser municipios con mayor número de habitantes disponen de ayuntamientos con mayor capacidad de gestión. En las zonas Plan Concertado, el ayuntamiento aporta más recursos que en las zonas PRAS, lo que implica la disponibilidad de más profesionales y mayor capacidad de intervención técnica. Las zonas PRAS se corresponden con la totalidad de municipios menores de 5.000 habitantes, así como con una

buen parte de los municipios inferiores a 20.000 habitantes. Las zonas Plan Concertado corresponden a los municipios de más de 20.000 habitantes y algunos con población inferior.

El sistema descrito funciona de forma relativamente diferente en la provincia de Albacete, donde existe el Consorcio Provincial de Servicios Sociales, formado por la Diputación provincial y 93 ayuntamientos y orientado básicamente a la prestación del SAD y de una serie de prestaciones complementarias (comida a domicilio, ayudas técnicas, acompañamiento y apoyo personal, etc.). Este modelo hace que, en esta provincia, la gestión del SAD sea de mayor calidad y esté más controlada que en el resto de las provincias, donde depende de cada municipio.

6. Mecanismos de coordinación, inspección y gestión del conocimiento

6.1. Comunidad Foral de Navarra

En lo que se refiere a los mecanismos de coordinación, la Ley 15/2006 establece dos organismos orientados a ese fin: el Consejo Interadministrativo de Servicios Sociales y el Comité de Ética en la Atención Social de Navarra. El primero está orientado a la coordinación interadministrativa, y entre sus funciones destacan las de informar sobre el desarrollo de los planes estratégicos, sectoriales o proponer el traspaso de algunas competencias a las entidades locales, siempre con el consentimiento de ambas partes.

Sin embargo, el desarrollo de estos dos organismos no ha sido suficiente para sentar las bases de una coordinación real en el ámbito de los servicios sociales, por lo que, a través de la Orden Foral 9/2015, se ha regulado la Comisión de Coordinación de Atención Primaria de los Servicios Sociales de Base de la Comunidad Foral de Navarra, formada por seis representantes del Departamento responsable de los servicios sociales (actualmente, la Vicepresidencia de Derechos Sociales) y siete representantes de las áreas de los servicios sociales de base. La representación de cada área será rotatoria cada dos años entre sus propias zonas, a excepción de Pamplona y comarca, que tendrán dos representantes (uno, por Pamplona, y el otro, por la comarca).

Según el artículo 3 de la citada Orden, las funciones de esta comisión, que se reúne con una periodicidad cuatrimestral (a excepción de convocatorias extraordinarias), son las siguientes:

- Constituir un foro de debate permanente sobre las necesidades, inquietudes e iniciativas dirigidas a mejorar la calidad de los servicios sociales de atención primaria.
- Estudio y propuesta de iniciativas, actividades y programas a desarrollar en los servicios sociales de base y su seguimiento y evaluación.

- Desarrollar estrategias de formación, información y evaluación acerca de la coordinación entre los profesionales del ámbito social de los que se deduzcan, si fuera necesario, propuestas de modificación de los recursos o servicios existentes.
- Aportación de criterios técnicos relacionados con la normativa de servicios sociales, sus herramientas de gestión, etc.
- Estudio y propuesta de iniciativas relativas a las necesidades de medios materiales, personales y de formación en los servicios sociales de atención primaria.
- Análisis y proposición de recomendaciones que potencien la colaboración y cooperación con las diferentes administraciones y entidades privadas en materia de acción social y servicios sociales.
- Detectar necesidades que precisen de una respuesta conjunta dentro del ámbito social, analizarlos en común y adoptar soluciones técnicas coordinadas en su ámbito de actuación profesional, con una metodología de trabajo compartida.
- Intercambiar conocimientos acerca de las actuaciones de los grupos formales e informales de apoyo, a fin de incluirlos, en la medida de lo posible, en los procesos de coordinación, favoreciendo la solución de los problemas concretos.
- Informar sobre los nuevos recursos y servicios que puedan aparecer en las diferentes demarcaciones geográficas.
- Informar sobre el desarrollo de sus actividades de coordinación a los profesionales, así como a las asociaciones y órganos de participación comunitaria de su ámbito, como forma de que puedan efectuar las aportaciones oportunas.

Sin embargo, a pesar de las funciones establecidas en la normativa, las sesiones de la Comisión han tenido hasta el momento un mero carácter informativo, limitándose básicamente a la transmisión de información desde el Gobierno de Navarra a las representantes de cada área y dejando, por tanto, un hueco importante que hasta ahora no se ha abordado: una coordinación 'intra-área' que haga efectiva la mayoría de las funciones de la Comisión (coordinación, comunicación, detección de necesidades, etc.). Para ello, sería pertinente definir normativamente una figura de coordinación de área (con funciones, objetivos, tareas y tiempo de coordinación reconocido) que asuma además la interlocución con el Gobierno de Navarra.

Al margen de lo señalado, no se han desarrollado hasta la fecha otras estructuras de coordinación interdepartamental ni protocolos generales de actuación. Si bien es cierto que en algunas áreas, como la de atención a la infancia, sí quedan recogidos los protocolos de intervención entre los diferentes sistemas implicados (salud, educación,

Policía, etc.)²⁵, en el resto de ámbitos de actuación faltan criterios de coordinación y compromisos que vayan más allá de la propia voluntad de los profesionales. De todas estas cuestiones se desprende, por tanto, que la coordinación continúa siendo una de las debilidades del sistema de servicios sociales de Navarra.

6.2. Catalunya

Desde 2008, la relación entre la Generalitat de Catalunya y los entes locales gestores de áreas básicas de servicios sociales se rige mediante la figura de los contratos-programa, que tienen como base el Acuerdo Marco cuatrienal firmado entre el Departamento de la Generalitat competente en servicios sociales y las entidades asociativas municipales (Federació Catalana de Municipis y Associació de Municipis de Catalunya). Los objetivos de los contratos-programa reflejados en el Acuerdo Marco son:

- Articular los compromisos en las relaciones de coordinación y cooperación entre el Gobierno y los entes locales.
- Mejorar la calidad de los servicios públicos dirigidos a los ciudadanos y ciudadanas.
- Mejorar la eficiencia en el uso de los recursos públicos.
- Propiciar un cambio de cultura en las relaciones con los entes locales, promoviendo la corresponsabilidad y la coparticipación en las políticas sociales.

Para los entes locales, como se señala más adelante, la figura de los contratos-programa está estrechamente ligada a la financiación de los servicios sociales básicos que la Ley 12/2007 les atribuye. En ese sentido, los objetivos de los municipios con relación a esta figura son tres:

- En primer lugar, asegurar el nivel de financiación de los servicios sociales básicos, que, como se señala más adelante, no puede, de acuerdo con la Ley 12/2007, ser inferior, en ningún caso, al 66% del coste de los equipos básicos, de los programas y proyectos y de los servicios de ayuda a domicilio y de teleasistencia que establece la Cartera de Servicios.
- Un segundo objetivo de los entes locales ha sido asegurarse la financiación cuatrienal que también recoge la Ley. Hasta el momento de la firma de los contratos-programa, la aportación económica

²⁵ El desarrollo de estas acciones coordinadas ha sido posible, por un lado, por la creación de redes locales de protección o de buen trato a la infancia, que han conseguido integrar a profesionales de diferentes sistemas de protección social (algunos ejemplos con resultados muy positivos son municipios como Burlada, Estella o San Adrián). Por otro lado, también a nivel autonómico se prevén algunos protocolos de actuación en el *Manual de intervención en situaciones de desprotección infantil en la Comunidad Foral de Navarra* (2006).

se negociaba años y estaba sujeta a una inseguridad que hacía muy difícil la planificación y el compromiso a largo término de los entes locales. En el Acuerdo Marco, se consigue que el Gobierno de la Generalitat de Catalunya apruebe un compromiso de gasto plurianual que asegura la financiación para cuatro años.

- Finalmente, los entes locales han conseguido asegurarse el reconocimiento y la financiación de los servicios especializados propios mediante su inclusión en el contrato-programa y la consideración de que son prestados por delegación de la Generalitat. A este efecto, el contrato se estructura hasta en un máximo de 25 apartados (fichas), que recogen las obligaciones de financiación de diferentes prestaciones y funciones de los servicios sociales municipales.

Un reto pendiente del contrato-programa es convertirse en un instrumento de planificación y control de los servicios prestados por los municipios. Aunque en todas las fichas se incluyen objetivos que cumplir e indicadores para poder evaluarlos, en la realidad su formulación no es la mejor para la función que se les ha encomendado, limitándose en general al enunciado de objetivos y metas de proceso, y no recogiendo indicadores de impacto con relación al resultado que se quiere lograr.

Además de la figura del contrato-programa, el Decreto 202/2009, de 22 de diciembre, de Órganos de Participación y Coordinación del Sistema Catalán de Servicios Sociales desarrolla los órganos de coordinación y participación ya incluidos en la Ley 12/2007. Entre ellos, cabe destacar el Consejo General de Servicios Sociales, el Consejo de Coordinación de Bienestar Social y el Comité de Evaluación de Necesidades de Servicios Sociales. Este decreto regula también los Consejos Municipales de Servicios Sociales, así como los Consejos Supramunicipales, para las comarcas o las asociaciones de municipios que integran una misma zona básica de servicios sociales.

Además, cabe hacer referencia al *Modelo de servicios sociales básicos de Catalunya (2015)* publicado por la Generalitat. El objetivo de ese documento es el de construir un marco de ordenación común y comprensible que facilite y oriente las prioridades del sistema catalán de servicios sociales, mediante el establecimiento de unos mínimos que permitan a las administraciones locales comparar y analizar su situación con relación a unos estándares amplios y flexibles, pero al mismo tiempo, concretos. Aunque se plantea como un modelo abierto, sujeto a revisión, el texto plantea que, una vez aprobado, debería constituir la base de un posterior proceso de regulación. Los contenidos de esa normativa serían básicamente los que aborda el modelo: criterios de prestación y acceso a los servicios, organización de los equipos de trabajo, requerimientos de los equipamientos y requisitos del sistema de información.

Por otra parte, antes ya se ha hecho referencia al papel que juega la Diputación de Barcelona en lo que se refiere al asesoramiento técnico de las administraciones municipales en el ámbito de los servicios sociales. Cabe destacar, en ese sentido, las actuaciones de supervisión y formación de equipos y de evaluación de servicios que se realizan mediante los Círculos de Comparación Intermunicipal de Servicios Sociales. Impulsados por la Diputación de Barcelona, los Círculos de Comparación Intermunicipal de Servicios Sociales son grupos estables de municipios que trabajan por la mejora de los servicios sociales a partir de la comparación de indicadores que reflejan su actuación y del intercambio y contraste de las prácticas que sustentan esta actividad. Participan en esa red 55 ayuntamientos de más de 10.000 habitantes. Los Círculos de Comparación de Servicios Sociales desarrollan la técnica de la comparación y la mejora continua que persigue la búsqueda de la mejor práctica y los mejores resultados para mejorar la actuación de todos los participantes. En ese sentido, desde 2001 los ayuntamientos de la provincia de Barcelona trabajan conjuntamente para:

- Definir indicadores que reflejen la actividad que desarrollan.
- Medir los resultados obtenidos anualmente.
- Comparar los resultados y destacar los mejores.
- Buscar las mejores prácticas asociadas a los mejores resultados.
- Definir cuáles serían los resultados deseables.

El trabajo de estos círculos se traduce, entre otras cuestiones, en la publicación de un cuadro resumen de indicadores de servicios sociales municipales relativos a los servicios sociales básicos, la atención a domicilio y los centros abiertos, que recoge más de un centenar de indicadores, actualizados cada año, con relación a la financiación de los servicios, la satisfacción de las personas usuarias, la dotación de profesionales y sus condiciones de trabajo, la cobertura de los servicios o los procedimientos de acceso (listas de espera, tiempos medios de espera para la realización de entrevistas, etc.). En el marco de esta iniciativa, se publica un informe anual que recoge tanto la metodología seguida como los resultados agregados —no detallados por cada municipio— que se han obtenido, señalándose las áreas que requieren ser mejoradas.

Por otra parte, al margen del papel que la Diputación de Barcelona juega en este ámbito con los Círculos de Comparación Intermunicipal, existen numerosas iniciativas y mecanismos puestos en marcha por la Generalitat de Cataluña para la coordinación con los servicios sociales municipales y, particularmente, para la gestión del conocimiento en este ámbito. Se señalan de forma muy sucinta algunas de esas herramientas que, si bien generalmente están impulsadas por la Generalitat, implican de forma directa a los servicios sociales municipales y comarcales:

- El Sistema de Información Social de Cataluña (Proyecto Hércules) es un sistema de información común, compartido, compartible y coordinado que garantiza la disponibilidad de la información relativa a las prestaciones de la Cartera de Servicios Sociales, la privacidad de los datos y la seguridad en el intercambio de información entre los agentes implicados, y la integración de los datos relativos a la atención del sector público y privado, con los objetivos de evitar duplicidades y mejorar la atención a los destinatarios de los servicios sociales. El sistema de información se articula en función de diversas herramientas, como el Cuadro de Seguimiento de la Cartera (QSCart) o el Registro Unificado de Datos de los Entes Locales (RUDEL).
- Mapa de Servicios Sociales. El Mapa de Servicios Sociales, que se actualiza anualmente, es el documento que contiene los datos básicos de la oferta del sistema catalán de servicios sociales²⁶. Está estructurado en servicios sociales básicos y servicios sociales de atención especializada, proporciona datos exhaustivos y actualizados de los recursos disponibles en el sistema. Los datos se actualizan con carácter anual y se presentan separados por territorio. Esta información clave permite fundamentar las mejoras en los servicios, adecuar la participación y las actuaciones de todos los agentes que intervienen, ajustar las políticas sociales a la realidad cambiante y, en general, actuar de manera más eficiente frente a las necesidades sociales. Con relación a los servicios sociales básicos, el Mapa ofrece información —para cada zona básica de servicios sociales— sobre la dotación de profesionales (trabajadores o trabajadoras sociales y educadores o educadoras), las horas de SAD prestadas, las problemáticas atendidas, las personas y unidades familiares atendidas, las plazas disponibles en los servicios de estancia limitada, etc.
- Informe anual sobre la situación de los servicios sociales en Cataluña. De acuerdo con lo establecido en el artículo 50 de la Ley 12/2007, este informe recoge anualmente información tanto sobre las situaciones de necesidad social como sobre la acción del sistema catalán de servicios sociales. Se basa tanto en las fuentes estadísticas disponibles como en la que se deriva del Mapa de Servicios Sociales.
- El Centro de Documentación de Servicios Sociales DIXIT es una iniciativa del Departamento de Bienestar Social y Familia que se dirige a los y las profesionales de los servicios sociales para promover la gestión y la difusión del conocimiento en el ámbito del bienestar social, la promoción de la autonomía y la atención a la dependencia. DIXIT tiene los siguientes objetivos generales:

- a) potenciar la difusión, el intercambio y la generación de conocimiento en el ámbito de los servicios sociales y los derechos de la ciudadanía;
- b) liderar la transmisión de conocimiento y la igualdad de oportunidades en todo el territorio;
- c) promover la creación de una red de profesionales y favorecer canales de participación;
- d) preservar y explotar el conocimiento generado por el Departamento de Bienestar Social y Familia.

6.3. Galicia

En el plano organizativo, cabe destacar la existencia en la administración autonómica gallega de una unidad administrativa, el Servicio de Coordinación de Servicios Sociales Comunitarios, que tiene como función específica la coordinación de dichos servicios sociales, pues desde esta unidad se ofrece asesoramiento, orientación, información, formación y apoyo técnico a las y los profesionales de los servicios sociales comunitarios, básicos y específicos, para el desarrollo de programas y servicios en sus municipios.

Por otro lado, en lo que se refiere a las herramientas técnicas, el sistema gallego de servicios sociales también cuenta con programas informáticos que sirven de herramientas de coordinación, como la aplicación Sistema de Información de Usuarios de Servicios Sociales (SIUSS), que se utiliza en todos los ayuntamientos de Galicia y permite la recogida de los datos básicos de las personas usuarias de los servicios sociales comunitarios: toda la información relativa a las personas, a sus demandas, a las valoraciones profesionales y a los recursos idóneos y/o aplicados. El programa se configura a través de expedientes familiares y permite a las/los profesionales del trabajo social y demás técnicos que forman parte del equipo interdisciplinar, realizar la gestión integral de las situaciones en las cuales intervienen profesionalmente.

Otro programa informático en línea, denominado Servicios Sociales Comunitarios Municipales (SSCM), articula la gestión de las prestaciones básicas y complementarias de los servicios sociales comunitarios, permitiendo a las entidades locales titulares de servicios sociales comunitarios presentar su planificación anual y su correspondiente petición de financiación a la comunidad autónoma y, posteriormente, realizar la evaluación cuantitativa y cualitativa sobre los servicios efectivamente financiados y prestados.

Asimismo, el Manual de Trabajo, Información y Asesoramiento de Servicios Sociales (MATIASS), que es una web autonómica de referencia para la divulgación de información técnico-profesional en materia de servicios sociales en Galicia, constituye un instrumento de coordinación muy valioso, en la medida que proporciona apoyo técnico al profesional de los servicios sociales, favoreciendo su actualización y formación continua y facilitándole

²⁶ Mientras que el Mapa de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Euskadi tiene un carácter básicamente normativo, orientado a ordenar el despliegue territorial de los servicios sociales vascos y sus dotaciones mínimas, el Mapa de Servicios Sociales de Catalunya tiene un carácter básicamente descriptivo y analítico.

documentos técnicos de referencia, así como la descarga de modelos y formularios homologados editables para la gestión de servicios y prestaciones.

Por último, también tiene virtualidad de instrumento de coordinación el Registro Unificado de Entidades Prestadoras de Servicios Sociales (RUEPSS), que recoge la información referida a las entidades que desarrollan programas o son titulares o gestoras de centros o programas de servicios sociales en los siguientes ámbitos: personas mayores, discapacidad, igualdad, infancia, menores, familia, inclusión y servicios sociales comunitarios. Ello es así porque este registro facilita al público y a los y las profesionales de servicios sociales información y orientación útil para el acceso a los recursos sociales existentes en soporte electrónico, a través de la web.

En relación con la coordinación con otros sistemas de bienestar (educación, sanidad, vivienda...), en Galicia se han articulado las siguientes herramientas de coordinación:

- El Protocolo de Actuación para Profesionales de los Servicios Sociales para la Atención de Mujeres que Sufren Violencia de Género.
- Las guías de intervención ante distintas situaciones de vulnerabilidad, en las que intervienen, además de servicios sociales o de salud, el sistema judicial. Estas guías son:
 - La guía sobre intervención en situaciones de maltrato infantil.
 - La guía de actuación coordinada contra el maltrato de personas mayores o adultas con discapacidad.
 - La guía informativa sobre protección jurídica y discapacidad.
- El Protocolo de Coordinación, Intervención y Derivación Interinstitucional en Atención Temprana, firmado por las consellerías de Política Social, Sanidad y Educación.

6.4. Castilla y León

Desde el punto de vista de las herramientas de coordinación, se vienen desarrollando en Castilla y León las siguientes iniciativas:

- Acceso unificado al sistema a través de los centros de acción social (CEAS). Implica que la primera atención se realice desde el sistema público y con una actuación profesional, lo que garantiza el acceso de los ciudadanos y ciudadanas en condiciones de igualdad. Se prevé la homogenización de los instrumentos y herramientas de valoración e intervención entre los agentes para lograr una actuación coordinada y eficaz en la atención de los casos y un acceso y contenido unificado en las prestaciones.
- Sistema unificado de información. La plataforma SAUSS se convierte en el registro

único de personas usuarias de los servicios sociales, registro compartido por los agentes y profesionales del sistema. Esta plataforma integra la denominada ‘historia social única’ de la persona y conecta con otras herramientas informáticas de gestión de servicios y prestaciones como los módulos informáticos de protección a la infancia, la valoración de la situación de dependencia y la renta garantizada de ciudadanía (RGC), la gestión y provisión del Servicio de Ayuda a Domicilio y la gestión de las prestaciones económicas para la atención de necesidades básicas de subsistencia en situaciones de urgencia social. En la actualidad, el acceso se puede realizar a través de las entidades locales y las gerencias de servicios sociales, y también a través de los profesionales responsables en la comunidad de la atención a las situaciones de violencia de género, los profesionales del Servicio Integral de Apoyo a las Familias en Situación de Desahucio y los Equipos de Promoción de la Autonomía Personal (EPAP).

- Decreto regulador de la historia social única. El borrador de este Decreto define la historia social única como “el instrumento documental en el que se registran los datos personales, familiares, de necesidades sociales, prestaciones y seguimientos y cualesquiera otros significativos de la situación sociofamiliar de un usuario, la demanda, el diagnóstico y subsiguiente intervención y la evaluación de la situación”. La historia social única será electrónica y estará integrada en SAUSS. El decreto regulará la información que contiene la historia, el tratamiento de las anotaciones subjetivas de los profesionales, la información contenida de terceros, la cesión de datos a terceros miembros del sistema y de otras administraciones públicas, el acceso de los agentes del sistema y el acceso de la persona titular de la historia social única, entre otros aspectos.
- Para la gestión de la actividad sociosanitaria, se ha articulado un sistema de información y conexión informática entre los centros de salud y los CEAS, que conforman los Equipos de Coordinación de Base (ECB), destinada a facilitar el trabajo conjunto entre los profesionales. Principalmente, se comparten las Guías de Gestión Compartida de Casos y las actas de las reuniones. Esta herramienta permite identificar y atender los casos que precisan gestión coordinada entre ambos sistemas, lo que resulta especialmente útil para la planificación en recursos sociosanitarios.

6.5. Castilla-La Mancha

En cuanto a herramientas de planificación, diagnóstico y control de calidad, puede decirse que nunca han existido como tales, más allá de las responsabilidades de asignación y control de ejecución presupuestaria de la propia Consejería. El

único mecanismo que la Junta de Castilla-La Mancha ha utilizado (y sigue utilizando) son las reuniones periódicas entre los profesionales de referencia de las zonas (trabajadores o trabajadoras sociales) que mensualmente realizan reuniones de área para coordinar actuaciones o criterios de intervención. Dos veces al año las direcciones provinciales de servicios sociales básicos se reúnen con los profesionales de las zonas y áreas para transmitir líneas de actuación, prioridades, criterios de acción, informar sobre convocatorias y bases reguladoras de ayudas, etc.

Por otra parte, en las delegaciones provinciales²⁷ de Bienestar Social existe personal técnico responsable para todas y cada una de las prestaciones y servicios (jefatura de servicios básicos y jefaturas de los diversos servicios especializados), a través de los cuales se suben y bajan líneas de acción o se recogen sugerencias, y que son los responsables de tramitar las derivaciones y asignaciones de prestaciones especializadas en la provincia. Es decir, todo lo que no son servicios de atención primaria municipal se gestionan a través de las direcciones provinciales, de las que dependen los centros y recursos especializados (recursos ubicados generalmente en las capitales de provincia)²⁸.

En lo que se refiere a la coordinación de los profesionales, sólo existen dos vías de coordinación interna entre los diferentes niveles de prestación de los servicios municipales:

- Una coordinación técnica entre profesionales de zonas que pertenecen a un área (mediante reuniones semanales o quincenales de apoyo mutuo y puesta en común, aunque sin protocolo preestablecido) y otra coordinación técnica entre los profesionales responsables de las áreas y la jefatura de servicios básicos de cada delegación provincial (servicio periférico), realizada también a través de reuniones sin protocolizar (se realizan una o dos rondas de visitas a cada área durante el año).
- Una coordinación técnico-política entre las direcciones generales de la Consejería (ubicada en Toledo) y las diferentes direcciones provinciales de los servicios periféricos, que a su vez transmiten a los profesionales las directrices de la Consejería mediante las reuniones de áreas y jefaturas del servicio en cada provincia y mediante dos reuniones anuales que cada dirección provincial organiza para informar a todos los trabajadores y trabajadoras sociales de las zonas de las diversas convocatorias de ayudas y subvenciones de la consejería, normativas nuevas, regulación de órdenes, etc. que les pueden afectar y son de su competencia.

²⁷ Son delegaciones de las diferentes consejerías que actualmente se denominan Direcciones Provinciales de Servicios Periféricos.

²⁸ Muy pocos ayuntamientos de la región tienen algún certificado de calidad, que afecta en todo caso a la administración municipal en su conjunto, no específicamente a los servicios sociales.

Cabe subrayar, por último, que no existen protocolos de coordinación externa con servicios como educación o sanidad. Son los profesionales en cada zona los que se encargan de contactar con escuelas o centros de salud si en los casos de acompañamiento o intervención familiar que atienden lo consideran necesario²⁹.

7. Financiación

7.1. Comunidad Foral de Navarra

En el ámbito de la atención primaria, el modelo de financiación de los servicios sociales de Navarra distingue entre la financiación de las infraestructuras y la de los servicios sociales de base. En lo que se refiere a las infraestructuras, su financiación corre a cargo de los presupuestos generales de Navarra (tanto las de carácter público como privado), siempre que estén establecidas como tales en el Plan Estratégico de Servicios Sociales.

Por su parte, los cuatro programas de atención primaria son cofinanciados por la administración autonómica y las entidades locales. La cantidad aportada por la administración foral se establece mediante convenios plurianuales, y nunca podrá ser inferior al 50 % del coste de los cuatro programas de obligado desarrollo. La valoración económica del programa, aunque se establece mediante convenios plurianuales, es anual.

El procedimiento para determinar la aportación exacta se recoge en el Decreto Foral 32/2013, de 22 de mayo, por el que se aprueba el reglamento de desarrollo de la Ley Foral de Servicios Sociales en materia de programas y financiación de los servicios sociales de base. De acuerdo con esta norma, la financiación de las zonas básicas de servicios sociales (ayuntamientos y/o mancomunidades) para el desarrollo de los cuatro programas de atención primaria se define a partir de dos tramos: un tramo fijo en función del coste estimado de los programas y un tramo variable, determinado a partir de una serie de indicadores establecidos en el decreto: dispersión, envejecimiento, infancia, incorporación social, población atendida, inmigración y presupuesto destinado a la financiación de los programas (en este caso, el presupuesto se refiere a lo que aporta cada ayuntamiento, no cada zona básica). Estos datos se determinarán anualmente a partir de las estadísticas de Gobierno de Navarra y

²⁹ El 21 de octubre de 2015 se firmó un acuerdo de colaboración entre la Consejería de Bienestar Social, la Consejería de Fomento, el Colegio de Abogados y el Colegio de Trabajo Social en virtud del cual se decide centralizar recursos de atención antes dispersos, en seis oficinas de intermediación hipotecaria: la atención social y la asistencia jurídica gratuita ya existentes se coordinarán desde estas oficinas que no representan la creación o dotación adicional de profesionales o recursos, sino que se crean para aumentar la facilidad y rapidez de acceso de las familias en proceso de desahucio a las ayudas sociales y a la asistencia jurídica gratuita. Es el único protocolo de coordinación externa existente, aunque no se puede valorar su implementación, ya que acaba de firmarse.

de las memorias anuales entregadas por cada zona básica.

El porcentaje mínimo del 50 % de financiación fija autonómica podrá ampliarse hasta el 80 % (asumiendo el 20 % restante para las entidades locales) en las denominadas zonas de especial actuación. Tiene esta consideración las zonas que, según Decreto Foral 33/2010, de 17 de mayo, por el que se establece la zonificación de servicios sociales de la Comunidad Foral de Navarra, tienen menos de 5.000 habitantes. Sin embargo, el Decreto Foral que establece la financiación señala que también podrán ser consideradas como zonas de especial actuación aquellas zonas básicas cuya población sea igual o superior a 5.000 habitantes e inferior a 5.100 habitantes (donde se financiará el 70 % del coste estimado de los programas y el importe correspondiente al tramo variable), así como aquellas zonas básicas cuya población sea igual o superior a 5.100 habitantes e inferior a 5.200 habitantes (donde se financiará el 60 % del coste fijo estimado además de lo previsto al tramo variable)³⁰.

Como antes se ha señalado, el tramo fijo de financiación se determina a partir de los Equipos Mínimos Interprofesionales de Atención Primaria necesarios para el desarrollo de los cuatro programas obligatorios en cada territorio. Como contrapartida, las zonas básicas deberán justificar todo gasto y actuación recogida en el convenio a través de una memoria económica y técnica anual. Para la entrega de la memoria, se establece un plazo determinado, cuyo incumplimiento puede llevar a perder el derecho a la financiación (se establece un plazo de tres meses para subsanarlo, aunque la cuantía a financiar se va reduciendo progresivamente si la subsanación se demora). En lo que se refiere a los servicios sociales especializados, es financiada al 100 % por la administración titular de los servicios, que en general es la administración autonómica, si bien, como se ha dicho, las administraciones municipales también pueden desarrollar, si lo desean, servicios especializados adicionales.

Además de la financiación del departamento competente de Gobierno de Navarra y de los ayuntamientos titulares de los servicios sociales de base, también existen otras vías de financiación vinculadas a proyectos e intervenciones concretas. A modo de ejemplo, dentro de las funciones de los programas de atención primaria se establece en desarrollo de acciones de prevención de drogodependencias. Para estas acciones el Instituto Navarro de Salud Pública cuenta con fondos a los que pueden suscribirse, con la presentación previa de un plan de acción, los servicios sociales de base. En estos casos una parte de la financiación corre a

cargo del Departamento de Salud de Gobierno de Navarra y otra es asumida por las entidades locales. La financiación de funciones definidas en la Ley de Servicios Sociales por otros departamentos es un hecho controvertido y, en ocasiones, complejo de gestionar, debido a que no existe ninguna coordinación con el departamento competente de la política social autonómica, asumiéndose ésta exclusivamente por el Departamento de Salud y las entidades locales. A esta dificultad se le añade que, según las experiencias relacionadas, no existe un criterio único para la financiación de estas acciones, por lo que en la práctica es posible encontrar cómo en una zona se apoya económicamente la contratación de educadores y educadoras mientras que en otra la cuantía se destina al desarrollo de otras actividades vinculadas con el ámbito de actuación financiado.

Por último, cabe señalar que las prestaciones garantizadas por la legislación estatal en materia de dependencia que se incluyan dentro de los programas de atención primaria serán financiadas íntegramente por la administración foral y los servicios especializados y las prestaciones complementarias desarrolladas por los entes locales serán financiadas por éstos. Con relación a esta última cuestión cabe señalarse que, en la práctica, la creación y financiación de servicios adicionales por los entes locales depende de la capacidad económica, iniciativa, interés, trayectoria, etc. de las entidades locales³¹. Ello da lugar a que la homogeneidad territorial continúe siendo en Navarra una asignatura pendiente, debido a que, por ejemplo, además de las ayudas autonómicas los ayuntamientos pueden tener ayudas de emergencia propias (con condicionados diferentes en cada ayuntamiento), dando lugar a una situación de desigualdad en el acceso a recursos. Del mismo modo, esta diversidad se observa de manera muy intensa en el desarrollo de programas de prevención e intervención comunitaria como escuelas de familias, ludotecas o apoyos escolares, las cuales muestran un desarrollo muy desigual entre zonas básicas de servicios sociales o municipios.

7.2. Catalunya

La cuestión de la financiación de los servicios sociales municipales en el caso catalán se ha abordado ya al analizar la figura de los contratos-programa. Con relación a esta cuestión, la Ley 12/2007 regula de esta forma, en su artículo 62, la financiación de los servicios sociales básicos:

- Los ayuntamientos y la Generalitat comparten la financiación de los servicios sociales básicos,

³⁰ Por otro lado, en el caso de Pamplona, la zona básica se corresponderá con cada barrio (ya que en cada uno de ellos hay desarrollado una unidad básica de servicios sociales). Asimismo, las zonas de más de 30.000 habitantes tendrán consideración de dos zonas básicas.

³¹ Algunos de estos programas en ocasiones pueden estar también financiados o cofinanciados por partidas autonómicas de otros departamentos, como es el caso del empleo social protegido, financiado por el Servicio Navarro de Empleo. Los ayuntamientos, a iniciativa propia, deben presentar un proyecto, en este caso de contratación de personas en procesos de incorporación social, para optar a la posible financiación.

incluidos los equipos de servicios sociales, los programas y proyectos, el servicio de ayuda a domicilio y los demás servicios que se determinen como básicos³². Sin perjuicio de que los servicios sociales básicos deben tender a la universalidad y gratuidad, el usuario o usuaria puede tener que copagar la financiación de la teleasistencia y de los servicios de ayuda a domicilio.

- La aportación de la Generalitat a los servicios sociales básicos debe fijarse en sus presupuestos, de acuerdo con lo que establezcan el Plan Estratégico de Servicios Sociales y la Cartera de Servicios Sociales, y debe pagarse mediante un convenio cuatrienal con la corporación local titular del área básica de servicios sociales. Esta aportación no puede ser inferior, en ningún caso, al 66 % del coste de los equipos de servicios sociales básicos, de los programas y proyectos, y de los servicios de ayuda a domicilio y de teleasistencia que el Plan y la Cartera establecen para el ámbito territorial de cada área básica de servicios sociales.
- La financiación de la infraestructura, de los locales, del material, del mantenimiento del sistema de información, del apoyo administrativo y de las prestaciones económicas de urgencia social corre a cuenta del ente local gestor del área básica de servicios sociales.
- Si al final del ejercicio anual la ratio de personal de los equipos o el volumen de la actividad de los diferentes servicios, programas y proyectos no alcanza el mínimo establecido por el convenio, el importe correspondiente debe deducirse del siguiente pago de la Generalidad y deben adoptarse las medidas necesarias para la prestación del servicio público. Asimismo, la Generalitat debe incluir unos suplementos en sus pagos si las ayudas económicas para emergencias sociales que otorga el ente local lo justifican. Lo establecido por el presente apartado debe cumplirse respetando los términos del convenio cuatrienal entre ambas administraciones.
- El ente local titular del área básica de servicios sociales puede decidir el sistema de provisión de servicios para la ayuda a domicilio y la teleasistencia, de acuerdo con las formas de prestación que se establezcan por reglamento.

Por lo que respecta al nivel de financiación de los servicios sociales básicos, se observa en los últimos años un mayor compromiso por parte de las administraciones supramunicipales. A pesar de la variabilidad a lo largo de los años (producto de las dificultades en la imputación de ingresos por parte de los entes locales), se observa una tendencia ascendente. Entre 2012 y 2014 el gasto por habitante destinado a los servicios sociales básicos ha oscilado

³² Como en el caso de las demás comunidades de régimen común, la Generalitat recibe con carácter finalista por parte de la Administración central una financiación específica para el sostenimiento de los servicios sociales locales mediante el Plan Concertado de Servicios Sociales.

entre los 45 y los 49 euros anuales —esta cantidad incluye, además de las prestaciones garantizadas de cartera de los servicios sociales básicos, los gastos en estructura (dirección, personal administrativo y de apoyo, infraestructuras, etc.) y de programas propios que no está financiada por el contrato-programa—. En torno al 50 % de este gasto es directamente financiado por las administraciones locales, lo que supone un porcentaje superior al 33 % establecido por la Ley 12/2007.

7.3. Galicia

Los servicios sociales comunitarios municipales se sustentan sobre las siguientes fuentes de financiación:

- Las aportaciones municipales, procedentes de los créditos consignados en los presupuestos municipales por los propios ayuntamientos titulares de los servicios con cargo a sus recursos propios.
- Otras aportaciones locales, fundamentalmente las subvenciones de las diputaciones provinciales a los ayuntamientos de menos de 20.000 habitantes, prioritariamente destinadas a la financiación del SAD básico y a la contratación de personal técnico con perfil profesional diferente y complementario al del trabajador o trabajadora social de referencia.
- Las aportaciones autonómicas, procedentes de los presupuestos de la comunidad autónoma y de la cofinanciación de la Administración del Estado, a través del Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales de Corporaciones Locales y de una parte los fondos del Inmerso para la atención a la dependencia (la que cofinancia el SAD-dependencia).
- Los recursos financieros generados por los ingresos que, en concepto de copago, realicen las personas usuarias de estos servicios. Con todo, estos recursos se integran dentro de las aportaciones municipales, ya que son los ayuntamientos quienes los recaudan.

La financiación municipal con cargo de los recursos propios está en función de lo que cada corporación aprueba en sus presupuestos anuales.

La financiación de las diputaciones provinciales se determina cada año en sus convocatorias de subvenciones y, en los últimos años, se aprecia un esfuerzo por mantener una financiación continua y estable para apoyar estos servicios.

La financiación autonómica de los servicios sociales municipales se regula en el capítulo VIII del Decreto 99/2012, que articula un cambio de modelo de financiación, sustituyendo la tradicional convocatoria anual de subvenciones por transferencias finalistas de ciclo anual, establecidas por una norma con vigencia indefinida,

lo que ha venido a aportar calidad, continuidad y estabilidad a la prestación de los servicios sociales comunitarios. De acuerdo con el Decreto, podrán ser beneficiarias de dichas transferencias finalistas las corporaciones locales de Galicia titulares de los servicios sociales comunitarios, diferenciándose entre transferencias corrientes y transferencias de capital. Las transferencias de capital tienen como finalidad nuevas inversiones en centros de servicios sociales, su equipamiento o la adaptación y mejora de la accesibilidad de las instalaciones, mientras que las transferencias corrientes financian los gastos de funcionamiento de los servicios sociales comunitarios: gastos de personal, de prestación del SAD-básico y SAD-dependencia, sostenimiento de otros programas de actuación comunitaria...

En lo que se refiere a las transferencias finalistas corrientes, se regula un procedimiento general mediante el que se gestiona la financiación de los servicios sociales comunitarios municipales con cargo a los presupuestos de la comunidad autónoma y a la cofinanciación que aporta el fondo ministerial para el desarrollo de las prestaciones básicas de servicios sociales de corporaciones locales (el denominado Plan Concertado). Esta financiación se articula mediante el proyecto anual de servicios sociales comunitarios municipales que presenta anualmente cada corporación local, con el objetivo prioritario de garantizar la continuidad y estabilidad de estos servicios, en particular mediante la renovación anual de la ‘financiación básica’ (trabajadores y trabajadoras sociales de referencia en todos los ayuntamientos y, en ayuntamientos de 20.000 o más habitantes, equipos técnicos multidisciplinares y SAD-básico), tomando como referencia, para cada anualidad, los servicios sociales comunitarios financiados, efectivamente prestados y correctamente justificados en el ejercicio inmediatamente anterior.

Además, también se regula otro procedimiento específico de transferencias finalistas destinadas a la financiación del SAD, que se financia con cargo a los presupuestos de la comunidad autónoma y a la cofinanciación del Imsero, y cuya cuantía se determina en función de las horas de atención efectivamente prestadas y registradas por cada corporación local en un sistema de información compartido entre la comunidad autónoma y las corporaciones locales titulares de los servicios.

Finalmente, cabe señalar con relación a la financiación de los servicios sociales municipales que la participación económica de las personas usuarias está regulada a nivel autonómico, siendo relativamente pequeño el margen de maniobra que al respecto tienen las autoridades locales. En ese sentido, el Decreto 99/2012 regula un copago obligatorio para el SAD, con un régimen diferente según se trate de SAD-dependencia (en este caso, a los ayuntamientos no se les deja ningún margen regulatorio) o SAD-básico (en este caso, los ayuntamientos tienen que cumplir unos mínimos,

pero tienen mayor flexibilidad para concretar el régimen de copago). No obstante, en ambos casos se establece una regulación progresiva de la participación económica de la persona usuaria en el coste del servicio a través del copago en función de su capacidad económica. Este decreto deja también abierta la posibilidad de establecer un copago para otros servicios, pero siempre sujeto a las siguientes reglas:

- Los servicios se prestarán de forma gratuita para todas las personas usuarias cuya capacidad económica, calculada en términos de renta per cápita familiar, sea igual o inferior al 80 % del indicador público de renta de efectos múltiples (IPREM).
- La regulación municipal del copago tendrá en todo caso carácter progresivo, en función de la capacidad económica.
- El límite máximo a la participación económica de las personas usuarias en el coste de los servicios será el 40 % de su capacidad económica.
- Se declaran expresamente exentos de copago los siguientes servicios sociales comunitarios (“en ningún caso se les aplicará el copago”):
 - Programa de valoración, orientación e información.
 - Servicio de educación y apoyo familiar.
 - Programa básico de inserción social.
 - Servicios sociales específicos de apoyo psicosocial y familiar vinculado a la atención temprana.

7.4. Castilla y León

La Ley de Servicios Sociales de Castilla y León regula, mediante el artículo 110, las bases para la financiación del sistema de servicios sociales, estableciendo los servicios que deben ser cofinanciados por la administración de la comunidad autónoma y los municipios, al tiempo que establece los porcentajes que cada institución debe aportar a su financiación. La Ley señala que la comunidad autónoma debe cofinanciar aquellos servicios de titularidad municipal que hayan sido calificados como esenciales dentro del sistema de servicios sociales. La Tabla 1 muestra cuáles son estos servicios e indica los porcentajes de participación de cada Administración en su financiación.

Además, la Ley señala que es la Junta de Castilla y León quien debe fijar el coste estimado para cada servicio, estableciendo un módulo-tipo de coste para cada prestación, siempre tomando como base un informe emitido por el Consejo de Coordinación Interadministrativa del Sistema de Servicios Sociales y el Comité Consultivo de Atención a la Dependencia. La fijación de dicha cuantía sirve, a su vez, para establecer el límite máximo que la Junta puede destinar a la financiación de cada uno de los servicios. No obstante, también se permite que las

Tabla 1. Castilla y León. Cofinanciación de los servicios esenciales de competencia municipal según el artículo 110 de la Ley 16/2010

Servicio		Financiación	
		Junta de Castilla y León	Municipios
Centros de acción social	Personal técnico	100 %	—
	Personal administrativo y auxiliar	—	100 %
Equipos Multidisciplinares Específicos de las áreas de servicios sociales	Personal técnico	100 %	—
Ayudas a Domicilio		90 %	10 %
Apoyo a la Convivencia y a la Participación		90 %	10 %
Prestaciones de sensibilización y promoción de la solidaridad y el apoyo informal		65 %	35 %
Prevención		65 %	35 %
Ayudas económicas de emergencia social		65 %	35 %
Acogimiento de Urgencia para Personas sin Alojamiento		65 %	35 %
Teleasistencia		65 %	35 %

Fuente: Ley 16/2010 de Servicios Sociales de Castilla y León.

administraciones locales puedan recurrir a formas de financiación complementaria para mejorar las prestaciones cuya financiación está expresamente regulada por la Ley de Servicios Sociales.

7.5. Castilla-La Mancha

La participación de las diferentes administraciones en la financiación de los servicios sociales de atención primaria depende del tipo de zona (es decir, del volumen de habitantes de cada municipio):

- En las zonas PRAS, la financiación es prácticamente en su totalidad autonómica³³.
- En las zonas Plan Concertado, todo el personal de servicios sociales es municipal (ya sea funcionario o contratado), pero la financiación es compartida entre el ayuntamiento y la Junta de Castilla-La Mancha. La financiación es 80 % regional y 20 % municipal si se trata de municipios medianos, o 60 % regional y 40 % municipal si se trata de municipios grandes³⁴.

Excepto los servicios de información, orientación, valoración y acompañamiento, el resto de las prestaciones están sujetas a copago, ya sea de manera expresa o encubierta.

³³ En estas áreas, la financiación y la contratación del personal y el kilometraje de sus desplazamientos corresponde a la administración autonómica. Podríamos decir que el 98 % del coste corriente total de los servicios sociales en este tipo de zonas lo sostiene y gestiona de forma directa la administración autonómica, si bien las infraestructuras y equipamientos corresponden a los propios municipios. El personal de ayuda a domicilio es contratado por los ayuntamientos, que financian en todo caso este gasto mediante un convenio específico, en el que se regulan los precios públicos para este servicio, entre la Junta de Castilla-La Mancha y el ayuntamiento en cuestión.

³⁴ Es importante señalar a este respecto que, como antes se ha indicado, la administración autonómica recibe, mediante el Plan Concertado, financiación finalista por parte de la administración central.

8. Conclusiones: similitudes, diferencias, retos comunes y posibles aprendizajes

8.1. Dificultades y retos de los servicios sociales municipales en Navarra, Galicia, Catalunya, Castilla-La Mancha, y Castilla y León³⁵

Los expertos y expertas que han colaborado en la elaboración de este artículo, describiendo el modelo de servicios sociales de atención primaria que existe en cada comunidad, han reflexionado también sobre las dificultades y los retos que tienen planteados los servicios sociales municipales de sus respectivas comunidades. Si bien en algunos casos se trata de retos o problemas muy específicos, que afectan a territorios muy concretos, en la mayoría de los casos se trata de problemas comunes y relativamente generalizados, que en buena parte afectan también a los servicios sociales municipales de la Comunidad Autónoma de Euskadi.

Los problemas más habitualmente señalados se recogen seguidamente.

8.1.1. La indefinición del encargo institucional y del objeto de los servicios sociales

El primero de los problemas se refiere, sin duda, a la diferencia entre el encargo que se hace a las administraciones municipales para la gestión de los servicios sociales de atención primaria y los medios que se le atribuyen para su desarrollo³⁶, así como a la

³⁵ La mayor parte de los contenidos de este epígrafe recogen fragmentos literales de los informes realizados con relación a cada una de las comunidades autónomas analizadas.

³⁶ En el informe del Ararteko sobre la situación de los servicios sociales de base (SIIS Centro de Documento y Estudios, 2010), también se hacía referencia al desajuste entre el mandato que se establece en las leyes vascas —tanto en la de servicios sociales como en la de garantía de ingresos e inclusión social— los medios que se asignan a los ayuntamientos para cumplir ese mandato y el encargo concreto

a menudo deficiente definición de ese encargo, que se relacionan, a su vez, con la deficiente definición del objeto del conjunto de los servicios sociales.

Se señala así en relación con Catalunya —aunque la reflexión seguramente es válida para todas las comunidades autónomas analizadas— que los municipios no pueden desarrollar con plenas garantías la función que tienen encomendada dentro del sistema de servicios sociales: son el nivel más próximo al ciudadano y la puerta de entrada al sistema, pero no consiguen tener la autoridad de prescripción necesaria para conseguirlo. Han de garantizar el bienestar de los ciudadanos de su territorio, pero no tienen ni la dimensión, ni el volumen, ni la Cartera de Prestaciones necesaria para conseguirlo: las funciones y tareas que se les adscriben son inabarcables, con mucho, para las capacidades de gestión y de generación de recursos de los ayuntamientos.

El obstáculo principal con el que han de enfrentarse los municipios es intentar gestionar un servicio público con un objeto de actuación que se mueve entre lo inconcreto y lo indefinido. Todo ello bajo la apariencia de la simplicidad de un nivel básico de atención que oculta una alta complejidad técnica y de gestión. Para superar ese déficit, los servicios sociales de base han de realizar una inversión potente en recursos y conocimiento que les permita desarrollar y aceptar nuevas competencias en aquellos aspectos que les son propios y pueden obtener impactos significativos: la promoción de la autonomía personal y la atención a la dependencia, la prevención y el abordaje de la exclusión social, la atención a la desprotección y, en definitiva, la promoción de la interrelación social de la ciudadanía. En ese sentido, tras el cambio derivado de la aprobación de las leyes de segunda y tercera generación, los servicios sociales municipales han de dar un segundo salto cuantitativo y cualitativo: el contexto actual dibuja un escenario donde los servicios de cuidado, protección e interrelación social serán más generalizados, de necesidades más complejas y de mayor intensidad. El número de profesionales necesarios, el tipo y acceso a prestaciones que aporten valor a la calidad de vida de los ciudadanos y su intensidad hacen necesaria una mayor inversión. También parece necesario

que hacen a los servicios sociales de base tanto sus responsables políticos como la propia ciudadanía. De acuerdo con aquel informe, el problema no se limita a la descompensación que existe entre las funciones asignadas y los recursos disponibles: existe también un margen de incoherencia importante entre el encargo institucional que la normativa establece —una intervención social próxima y de calidad, el abordaje integral de las necesidades de personas y familias— y el encargo concreto que los responsables institucionales trasladan, en cada ayuntamiento, a los servicios sociales de base: una atención rápida, si es necesario superficial, que permita una gestión eficaz de las prestaciones y servicios y que impida la extensión de las listas de espera. En ese sentido, la inmensa mayoría de las personas consultadas para la redacción de aquel informe pusieron de manifiesto la enorme distancia existente entre las funciones que se encomiendan a los servicios sociales de base, y el papel esencial que, en teoría se les atribuye, y las funciones que en la realidad se les exigen y los medios que se les asignan.

avanzar —como se ha hecho en algunas comunidades autónomas, entre ellas la Comunidad Autónoma de Euskadi— en una cierta especialización de la atención primaria³⁷.

La definición del encargo de los servicios sociales municipales pasa también por reflexionar sobre el papel que éstos deben jugar en el ámbito de la garantía de rentas. Si bien en ese ámbito la Comunidad Autónoma de Euskadi ha dado ya pasos que parecen irreversibles y que en gran medida establecen un terreno de juego más coherente, persisten incluso en la Comunidad Autónoma de Euskadi problemas con relación a esta cuestión que requieren un esfuerzo de reflexión y coordinación por parte de todos los agentes involucrados³⁸.

8.1.2. El reto de la ordenación territorial

También hemos visto que —al menos en algunas de las comunidades autónomas analizadas— la organización territorial de los servicios sociales tiene un efecto perverso en lo que se refiere a aspectos tan fundamentales como la equidad del sistema y su eficiencia. Múltiples administraciones competentes, de diferente tamaño y nivel, y una provisionalidad de las normas básicas son algunos de los aspectos que hacen que no podamos hablar, en ninguna de las comunidades autónomas analizadas, de un sistema homologable u homogéneo para todo el territorio autonómico.

La existencia de diferencias interterritoriales en el acceso a los servicios sociales es una realidad en todas las comunidades autónomas analizadas, independientemente del modelo de ordenación territorial adoptado en el ámbito de los servicios sociales. El muy reducido tamaño de buena parte de los municipios españoles —incluyendo los de la Comunidad Autónoma de Euskadi— apunta

³⁷ Tal y como explica Aguilar Hendrickson (2014), “el generalismo de los servicios primarios y de la mayoría de sus profesionales, unido a la sobre-especialización de buena parte del nivel especializado, crean además dificultades importantes para mejorar la eficacia y gestionar adecuadamente el conocimiento en los servicios sociales. La existencia de un punto de acceso único e inespecífico puede ser muy conveniente. No todas las demandas están claras desde el principio y un primer mecanismo de selección y encauzamiento, en especial en campos como el social, pueden evitar numerosos problemas. Sin embargo, más allá de esta función de triage, cuando comienzan procesos de atención más intensos es difícil que un profesional pueda ser al mismo tiempo un buen organizador de cuidados de personas dependientes, un buen acompañante de procesos de incorporación social y un buen interventor en conflictos familiares que afecten a menores al mismo tiempo y además pasando de un rol al otro varias veces al día todos los días. Por lo tanto, parece razonable sostener que, en la parte que va más allá de ser puerta de entrada, la atención ‘primaria’ necesita de una cierta especialización”.

³⁸ En el marco estatal, la propuesta de limitar el objeto de los servicios sociales de base no los exime de gestionar las prestaciones y ayudas relacionadas con la garantía de rentas que ahora le son propias. Pero no pueden continuar haciéndolo como lo hacen, dentro del proceso común de atención social: la presión sobre las organizaciones municipales y sus profesionales es una amenaza para su futuro. Hay que pensar nuevas formas de gestión más eficientes y equitativas, que permitan la transferencia de las prestaciones económicas que ahora se realizan desde los municipios.

la necesidad de una reestructuración territorial que acometa la reducción drástica del número de municipios y cree espacios administrativos más homogéneos en cuanto a población, que permitan una más justa y equitativa provisión de servicios. En ese sentido, un elemento de mejora pasa por repensar y redefinir el concepto de municipio o ayuntamiento en clave de garantizar su viabilidad como centro de gestión de los servicios: habría que definir cuál debe de ser la dimensión mínima que debe de tener un ayuntamiento para poder funcionar correctamente como gestor de los servicios a la comunidad y establecer un nuevo mapa municipal de acuerdo con esa nueva definición, tal como han hecho muchos otros países de nuestro entorno.

8.1.3. Los problemas derivados de una compleja gobernanza

Si bien cabe pensar que en la Comunidad Autónoma de Euskadi el problema es mayor debido a la implicación en el sistema de tres niveles competenciales distintos, los problemas derivados de la compleja arquitectura institucional que rige los servicios sociales están más o menos presentes en todas las comunidades autónomas analizadas³⁹. En efecto, la dimensión de las organizaciones locales y la distribución competencial y de toma de decisiones suponen un obstáculo importante para realizar el salto necesario en los servicios sociales municipales.

La gestión de prestaciones y servicios de por sí complejos resultan aún más difíciles en organizaciones de tamaño tan diferente, que carecen en muchas ocasiones de la masa crítica suficiente. No es posible conseguir economías de escala o curvas de aprendizaje eficientes con el mapa de servicios sociales básicos existente en la mayor parte de las comunidades autónomas analizadas y con su actual distribución territorial. Al contrario, la confusión que implica la falta de correspondencia entre las administraciones que prestan, planifican, regulan y financian los servicios acaba provocando una fuga constante de energía en la relación interadministrativa y de responsabilidad pública.

Una de las vías de avance que se plantea para dar respuesta a estos problemas de gobernanza es —en la línea de la ‘Gizakidetzta’ propuesta para la Comunidad Autónoma de Euskadi por parte de algunas personas entrevistadas para el informe del

Ararteko que deriva este artículo (SIIS Centro de documentación y Estudios, 2016: 92 ss.)— la de ampliar el ámbito competencial autonómico y desarrollar un nivel de atención mínimo garantizado más amplio, que contribuya a reducir las desigualdades entre zonas. En esa vía, un posible modelo podría ser el existente para la provisión autonómica en el ámbito sanitario. Sin duda, la potencialidad de la gestión municipal de los servicios sociales es la cercanía al territorio, lo cual posibilita la adecuación de las actuaciones a las necesidades reales y la participación de la comunidad en su gestión, evitando el diseño de acciones alejadas de la realidad comunitaria. Sin embargo, el aumento de las competencias autonómicas, al menos en las comunidades autónomas pequeñas⁴⁰, no debería ser causa de una ruptura con el medio, más bien al contrario. Parece apropiado mantener un nivel autonómico de amplia responsabilidad con una adecuada interlocución y amplia participación comunitaria a través de la coordinación entre ambos entes y la colaboración en la gestión y diseño de acciones para la intervención. Este modelo podría compatibilizar el avance hacia una mayor cohesión territorial con un sistema de servicios sociales participativo y comunitario.

8.1.4. Los recortes presupuestarios y la falta de desarrollo normativo lastran el desarrollo de los servicios

Al igual que la Ley vasca de Servicios Sociales, la mayor parte de las leyes que regulan los servicios sociales municipales se aprobaron antes, o al inicio, de la actual crisis económica. Desde su puesta en marcha, se señala para el caso de Navarra, se identificaron disfunciones en la gestión, indefinición de algunas de las funciones de los diferentes programas y una falta de directrices autonómicas para hacerles frente. Estas dificultades, comprensibles en un primer momento de implantación de un modelo sustancialmente diferente al anterior, no fueron subsanadas ni abordadas, por lo que la crisis alcanzó a los servicios sociales y profesionales en un momento de definición y reubicación⁴¹. En Navarra —y, cabe pensar, también en las demás comunidades autónomas analizadas— a este escenario de transformación y falta de directriz se le sumó un cambio en el día a día de los servicios. Las consecuencias de la crisis en los servicios sociales no sólo llegaban determinadas por la implantación de medidas de austeridad que

³⁹ Tal y como indica Aguilar Hendrickson (2014), en España hay varios cientos de instituciones políticamente autónomas en materia de servicios sociales. Además de la administración general del Estado y las 17 comunidades autónomas, hay que contar 54 diputaciones provinciales o consejos y cabildos insulares, 70 comarcas y 388 mancomunidades de municipios, 399 municipios mayores de 20.000 habitantes y 7.717 menores de 20.000, muchos de los cuales, aunque no obligados, son responsables de servicios sociales. Esta multiplicidad de actores políticamente autónomos, que pueden decidir sobre la amplitud o no de los servicios y sus precios públicos, por ejemplo, crea importantes necesidades de coordinación del sector y dificulta los procesos de reorientación del conjunto del sistema que pueden ser vetados por muchos de los actores de los niveles inferiores.

⁴⁰ En este caso, la propuesta se refiere específicamente a Navarra.

⁴¹ En el caso de Castilla-La Mancha, la reducción progresiva de dotación presupuestaria, en todos los ejercicios de la última legislatura, ha supuesto la eliminación completa de programas, la reducción hasta la insignificancia de otras actuaciones y, en todos los casos, una fragilización general del sistema público. Las únicas partidas de gasto que no han sufrido reducciones, o que incluso han sido aumentadas, corresponden a prestaciones y servicios privatizados. Si a ello sumamos que una buena parte de los profesionales vinculados al sistema lo hacían a través de proyectos y programas subvencionados a los ayuntamientos, el impacto que tales recortes han tenido en el empleo vinculado al sector ha sido muy importante.

se materializaban en menores recursos económicos y técnicos para intervenir (equipos profesionales no reforzados, reducción de partidas para algunos programas o implementación de cambios normativos que amplían los requisitos de acceso a algunas prestaciones garantizadas), sino que a las estrategias de austeridad pública se le sumaban un aumento de necesidades en los hogares (más hogares y con necesidades más intensas). En este escenario la carga de trabajo se multiplica debido, tanto al incremento de la demanda, como a la diversificación de perfiles a atender y a la reducción del tiempo disponible para intervenir de manera integral con las personas usuarias bajo los principios que establecen las nuevas normas⁴².

A los recortes presupuestarios se suma —aunque más bien cabría decir que deriva de ellos— un notable retraso en el desarrollo normativo de las leyes de servicios sociales: figuras esenciales para la definición de los servicios sociales municipales, como los Mapas de Servicios Sociales, los Planes Estratégicos y las Carteras de Servicios o bien no se desarrollan o bien —como en la Comunidad Autónoma de Euskadi— lo hacen con extrema dificultad.

Como consecuencia de todo ello, los servicios sociales se encuentran actualmente en un momento complicado y con cierta falta de horizonte. Entre los factores que motivan este escenario, destacan algunas de las decisiones tomadas en los últimos años (nuevamente hay que señalar que la descripción se refiere a Navarra, si bien podría probablemente ser extensible a la mayor parte de las comunidades autónomas analizadas):

- La reforma unilateral de algunas prestaciones, sin atender a la valoración de los propios profesionales, contradiciendo el principio de la Ley que aboga por una adecuación de las respuestas institucionales a las necesidades sociales.
- El diseño sin criterio de prestaciones de emergencia para dar una respuesta rápida, pero no planificada, a las necesidades sociales.
- El debilitamiento de lo público al incorporar prestaciones materiales financiadas por entidades privadas, y un cambio de rumbo hacia

una mayor presencia de entidades privadas en la gestión y promoción de las funciones de los servicios sociales.

- Un giro hacia la gestión indirecta a través del tercer sector en las áreas más especializadas.
- Una falta de criterio en las decisiones tomadas, que ha dado lugar a una contradicción de mandatos y directrices, desprestigiando la imagen de los servicios y la satisfacción de los personas usuarias.
- El escaso respaldo institucional a los profesionales ante el cambio constante de información y normativas.
- La falta de coherencia en la hoja de ruta del sistema, que ha dado pie a planteamientos incoherentes entre alcaldes, presidentes de mancomunidades, jefes de servicio, políticos autonómicos, etc.
- El colapso de los servicios y una mayor complejidad en la tramitación de prestaciones que no deja tiempo para el acompañamiento social, la planificación conjunta de métodos de trabajo, ni el trabajo social comunitario. El día a día se consume, según los profesionales, en la gestión de ayudas y en las respuestas rápidas, inmediatas. Esta falta de tiempo y medios para establecer una relación de ayuda con las personas usuarias que dé lugar a un proceso de acompañamiento y trabajo conjunto es uno de los primeros síntomas de un sistema que camina hacia el asistencialismo.
- La reducción del tiempo para iniciar procesos de coordinación y metodologías de colaboración en red.
- El malestar, estrés y frustración de los profesionales por encontrar obstáculos que les permitan hacer trabajo social, y por enfrentarse al malestar de las personas usuarias ante las necesidades y expectativas no cubiertas.

8.1.5. La necesidad de reforzar la intervención individual y familiar, y el cuidado del capital humano de los servicios sociales municipales

Al analizar los retos de los modelos de servicios sociales municipales establecidos en las cinco comunidades autónomas que se han analizado, también se ha insistido en la necesidad de garantizar una atención más eficiente y personalizada, basada en la intervención social y no sólo en la gestión de prestaciones. Para ello, sería fundamental repensar las funciones de los programas de atención primaria a fin de reforzar sus acciones y evitar duplicidades en la gestión, reducir el tiempo invertido en la gestión de ayudas y apostar por hacer trabajo social, desde la gestión de casos de carácter individual hasta el orientado a la comunidad, pero siempre desde la intervención adaptada y acompañada que realmente posibilite el desarrollo de itinerarios de emancipación.

⁴² En todo caso, es importante también señalar que los problemas de la atención primaria en los servicios sociales españoles van más allá de la dotación de recursos humanos. En ese sentido, Aguilar Hendrickson (2014: 14) señala que no parece que, al menos hasta 2011, se hubiera producido un colapso de los servicios por la combinación de una demanda desbordada y unos medios reducidos:

No sabemos con certeza qué ha sucedido después. En todo caso, estos datos parecen apuntar a que las tensiones que han vivido y viven los servicios sociales deben explicarse, en parte, por dificultades para desarrollar eficazmente su acción que tienen que ver con su configuración o con el tipo de medios de que disponen, más que con la cantidad de los mismos. Es posible que éstos sean insuficientes, pero al menos en términos cuantitativos brutos, no parece que sean más insuficientes que en 2007 y probablemente menos insuficientes que en 2003.

También se apunta como un eje clave del sistema el cuidado del capital humano. El personal técnico de los servicios sociales es una de sus fortalezas. En su inmensa mayoría son profesionales excelentes, con un alto grado de motivación y compromiso, pero llevan mucho tiempo viéndose superados y superadas por el incremento de la demanda, lo que puede llegar a afectarles y a erosionar la calidad de la atención. Por eso es imprescindible adoptar medidas que contribuyan a apoyar a los equipos profesionales, a fortalecerlos y a mantener su motivación de manera continuada.

8.1.6. La necesidad de reforzar las herramientas de gestión

Del análisis realizado se deriva también que, si bien la dimensión de gestión pública de los servicios sociales ha avanzado en los últimos años, todavía necesita otro impulso en ámbitos como la planificación y la evaluación. Capítulo aparte es la necesidad de que los servicios sociales dispongan de sistemas de información que garanticen la transparencia y la rendición de cuentas por parte de las instituciones competentes. Actualmente, en la mayor parte de las comunidades autónomas los sistemas de registro de datos y gestión no generan una información suficientemente consistente y de valor, de la misma forma que, pese a sus mejoras, los sistemas estatales de información no generan información agregada de suficiente calidad⁴³. Si bien es cierto que la construcción de un buen sistema de información de servicios sociales requiere antes dar respuesta a los problemas relativos a la definición del encargo y el objeto de aquéllos, es obvio también que se pueden dar en paralelo —de hecho se están dando— pasos que permitan trabajar a partir de indicadores de proceso y de impacto, que permitan a su vez valorar la eficacia y la eficiencia de estos servicios.

Junto con el desarrollo de los sistemas de información, resulta también urgente desarrollar y afianzar herramientas útiles de valoración y diagnóstico, que permitan objetivar las necesidades de las personas atendidas y planificar adecuadamente la intervención requerida.

8.1.7. La ausencia de un corpus teórico y el débil empoderamiento profesional

Como se ha señalado en el apartado cualitativo, el análisis de los modelos establecidos en las demás comunidades autónomas también apunta a que otro gran reto de los servicios sociales, en especial en el nivel básico, es mejorar el corpus teórico

⁴³ Los datos del SIUSS y de otros sistemas parecidos relativos a los grupos de población atendidos y los problemas planteados son prácticamente inutilizables y muchos responsables de la Administración lo reconocen en privado. El problema no radica tanto en los sistemas de registro en sí, sin duda mejorables, sino en la conceptualización débil de estos aspectos (Aguilar Hendrickson, 2014).

y la capacitación científico-técnica de los y las profesionales. Aspectos básicos de la intervención social, como la capacidad diagnóstica, el diseño de actuaciones y prestaciones significativas en la calidad de vida de la ciudadanía, y poder medir y evaluar el impacto de aquéllas constituyen, en estos momentos, líneas de mejora que tendrían que ser prioritarias en las administraciones, instituciones académicas y organizaciones profesionales⁴⁴.

8.2. Los servicios sociales municipales de la Comunidad Autónoma de Euskadi en el contexto estatal: diferencias, similitudes y posibles aprendizajes

Más allá de las reflexiones sobre las dificultades y los retos comunes de los servicios sociales municipales en las comunidades autónomas analizadas, el interés del análisis realizado es el de identificar las diferencias y similitudes que existen con relación al caso vasco y, en la medida de lo posible, extraer aprendizajes que puedan contribuir a mejorar la organización de los servicios sociales municipales de la Comunidad Autónoma de Euskadi. Se recogen a continuación los que se han considerado más significativos.

8.2.1. Dos niveles similares de atención, pero con funciones diferentes...

La primera similitud, la más básica, se refiere a la articulación de todos los sistemas analizados en torno a dos niveles de atención: un nivel primario y otro secundario. Efectivamente, ya se ha señalado que un rasgo típico de la organización de los servicios sociales en España desde los años ochenta ha sido la estructuración del sector en dos niveles. Un primer nivel denominado 'de atención primaria', 'comunitario', 'general' o 'básico' y un segundo nivel llamado 'especializado'. El primer nivel está formado por servicios de tipo casi siempre inespecífico o generalista, descentralizados en el territorio, que prestan una atención de tipo 'ambulatorio' (sobre todo, aunque no sólo, en forma de consulta en despacho), domiciliario y, con menos intensidad, en el espacio público. Son de titularidad local, en la mayor parte de los casos municipal, y en otros, de diputaciones, comarcas o mancomunidades de municipios, y coinciden a grandes rasgos con el ámbito del Plan Concertado (Aguilar Hendrickson, 2014).

No son tan similares, sin embargo, ni los cometidos que se asignan a la atención primaria, ni su

⁴⁴ El informe del Ararteko sobre los servicios sociales de base (SIIS Centro de Documento y Estudios, 2010) ya ponía de manifiesto 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. Se echa en falta en ese sentido, señalaba el informe, 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.

grado de definición, ni su consideración como derecho subjetivo, ni su ubicación en el entramado institucional:

- En lo que se refiere a las funciones de los servicios sociales municipales y/o de atención primaria, la Comunidad Autónoma de Euskadi se distingue de los otros modelos por atribuirles una serie de servicios de alojamiento, atención diurna y acogida nocturna que van más allá del catálogo de servicios o funciones que se establece en las demás comunidades autónomas. Si en ellas los servicios o prestaciones que se atribuyen a los servicios sociales se centran básicamente en los que en la Comunidad Autónoma de Euskadi se atribuyen a los servicios sociales de base⁴⁵, en la Comunidad Autónoma de Euskadi se les encomienda también la gestión —con carácter de derecho subjetivo— de servicios de atención diurna para personas mayores y en situación de exclusión, los centros de acogida nocturna para las personas en situación de exclusión, y diferentes modalidades de alojamiento (apartamento tutelado y vivienda comunitaria, para diversos colectivos).

Ciertamente, la atribución de servicios de este tipo a las administraciones locales no se da sólo en la Comunidad Autónoma de Euskadi —en Catalunya, es posible delegar determinados servicios correspondientes a la atención especializada a los ayuntamientos de mayor tamaño; en Navarra, los ayuntamientos pueden prestar también servicios especializados en su término municipal si así lo consideran conveniente; y en Galicia, se prevé la figura de los servicios comunitarios específico, pero es la Comunidad Autónoma de Euskadi la comunidad que con más claridad rompe la equiparación entre servicios sociales municipales y servicios sociales básicos, ‘especializando’ en cierto modo la atención primaria⁴⁶.

- Otra de las diferencias entre la Comunidad Autónoma de Euskadi y el resto de las comunidades autónomas es que estos servicios de alojamiento, acogida nocturna y atención

⁴⁵ Es decir, información, diagnóstico, valoración y orientación (1.1), atención domiciliaria (1.2), intervención socioeducativa y psicosocial (1.3) y servicio de apoyo a personas cuidadoras (1.4). La Comunidad Autónoma de Euskadi presenta la particularidad de haber encomendado la teleasistencia al gobierno autonómico, lo que no ocurre en las demás comunidades autónomas.

⁴⁶ Esta idea coincide con la propuesta que en las *Propuesta para la configuración de un modelo actualizado de servicios sociales municipales* hace la Federación Española de Municipios y Provincias (2009) en el sentido de articular los equipos municipales de intervención en dos niveles diferenciados: una Intervención social básica, o de primer nivel, responsable de las prestaciones de atención primaria en servicios sociales y de la coordinación de intervinientes en el proceso de global de prestación de servicios, cuyo soporte es el plan de intervención individual y/o de la unidad de convivencia; y una intervención social de segundo nivel, o específica, que asegure y refuerce la calidad de las prestaciones básicas de servicios sociales, especialmente en situaciones complejas, con prestaciones técnicas y materiales. Tales prestaciones estarían dirigidas a un área de necesidad o un colectivo específico, con un proceso de intervención singular identificado, que incluye otros apoyos diferenciados y/o complementarios.

diurna tienen en la Comunidad Autónoma de Euskadi carácter de derecho subjetivo —no discrecional— están recogidas en el Mapa de Servicios Sociales y, por tanto, están sujetas a unas normas específicas en cuanto a su despliegue territorial —por laxas que éstas sean— y tienen una función relativamente específica con relación a la atención secundaria, que se centra en la prestación de servicios de baja intensidad y/o de carácter preventivo, para colectivos en riesgo o con problemáticas más leves. En las demás comunidades autónomas, estos servicios de atención primaria ‘especializada’ tienen un carácter más discrecional y/o una definición más débil que los de secundaria.

- En lo que se refiere al cometido de los servicios sociales municipales, es también importante señalar que en las demás comunidades autónomas mantienen —a diferencia de lo que ocurre hoy en la Comunidad Autónoma de Euskadi— la gestión de las prestaciones de garantía de ingresos, lo que añade complejidad y carga de trabajo adicional a estos servicios.

8.2.2. ... y con arquitecturas competenciales muy diferentes

La principal diferencia entre el modelo vasco y el establecido en las demás comunidades autónomas se refiere, en todo caso, a la arquitectura institucional: si bien es cierto que, en general, la atención primaria se atribuye en (casi) todos los casos a los ayuntamientos, la atención especializada o secundaria es, en general, competencia de la administración autonómica en Navarra, Galicia, Catalunya, Castilla-La Mancha y Castilla y León. En la Comunidad Autónoma de Euskadi, por el contrario, la administración autonómica mantiene, como en las demás comunidades autónomas, competencias de planificación y regulación, pero la responsabilidad respecto a la gestión de las prestaciones y servicios de atención secundaria corresponde a las tres diputaciones forales. La consecuencia es que, mientras que en las demás comunidades autónomas nos encontramos con un sistema doble, en el que la administración autonómica planifica, regula y presta los servicios especializados —ejerciendo en ese sentido un liderazgo claro y poco discutido—, en la Comunidad Autónoma de Euskadi la participación directa de los tres niveles institucionales obliga a una coordinación interinstitucional que no siempre resulta fluida.

En todo caso, más allá de esa diferencia —por lo demás, obvia— interesa destacar cuál es el papel que en las demás comunidades autónomas asumen las diputaciones provinciales:

- El modelo de Castilla y León es, en cierto modo, el más parecido al que existe en Álava, ya que en esa Comunidad las diputaciones asumen la prestación de los servicios sociales básicos en los municipios de menos de 20.000 habitantes (véase el apartado 2.4).

- En Galicia, las diputaciones asumen un papel más testimonial, pero tienen en todo caso una función importante en lo que se refiere a la financiación del SAD, al asesoramiento técnico y a la prestación de los servicios sociales básicos en los municipios de menos de 20.000 habitantes.
- En Cataluña, más concretamente en Barcelona, la Diputación provincial juega un papel especialmente activo tanto en lo que se refiere a la financiación de los servicios sociales básicos como en lo que se refiere a la prestación de determinados servicios de atención directa y, muy particularmente, al asesoramiento técnico a los profesionales municipales. Como se ha señalado, la singularidad de la Diputación de Barcelona en el campo de los servicios sociales es tanto por el volumen de recursos destinados (casi 25 millones de euros, sin contar el capítulo I y 430 profesionales) como, sobre todo, por la orientación a los municipios desde la óptica de la innovación y la economía de escala.

En lo que se refiere a la gobernanza del sistema, también resulta muy particular la existencia en Euskadi de un Órgano Interinstitucional de Servicios Sociales, del que forman parte los ayuntamientos, y la capacidad de veto que se otorga a los ayuntamientos, así como a las diputaciones, a la hora de aprobar el contenido del Decreto de Cartera, es decir, las características básicas de los servicios y los requisitos de acceso.

8.2.3. Cofinanciación generalizada frente a responsabilidad financiera municipal en la Comunidad Autónoma de Euskadi

La segunda diferencia esencial se refiere al modelo de financiación de los servicios sociales municipales establecido en la Comunidad Autónoma de Euskadi y en las otras cinco comunidades autónomas analizadas: en todas ellas, las instituciones supramunicipales contribuyen a la financiación de los servicios sociales municipales mediante transferencias finalistas, condicionadas a un uso determinado: en Navarra, el Gobierno Foral financia entre el 50 % y el 80 % del coste de los programas obligatorios de los servicios sociales básicos; en Catalunya, al menos el 66 %; en Castilla-La Mancha, entre el 80 % y el 100 %; en Castilla y León, entre el 65 % y el 100 %, dependiendo del servicio.

En cambio, pese a la mayor envergadura del ‘encargo’ que se hace a los ayuntamientos vascos en lo que se refiere a la provisión de servicios sociales, en el modelo que la Ley de Servicios Sociales establece teóricamente para la Comunidad Autónoma de Euskadi, las administraciones locales deberían financiar con sus propios fondos la totalidad de los servicios de su competencia. Si bien es cierto que con el fondo económico establecido en el Decreto de Cartera se ha generado en la Comunidad Autónoma de Euskadi un mecanismo de cofinanciación de algunos de los servicios

municipales, las diferencias siguen siendo a este respecto muy importantes.

En cualquier caso, con relación a esta cuestión es necesario hacer dos matizaciones:

- En las comunidades autónomas de régimen común analizadas —es decir, todas salvo Navarra— los gobiernos autonómicos perciben una financiación finalista por parte del Gobierno central, en el marco del Plan Concertado de Prestaciones de Servicios Sociales en Corporaciones Locales, para financiar precisamente los servicios de atención primaria⁴⁷. No puede decirse, en cualquier caso, que la financiación del Gobierno central resulte decisiva para la cobertura del gasto que estos servicios representan.
- El nivel de financiación general —no finalista— que reciben los ayuntamientos vascos es muy superior al que reciben los ayuntamientos de las comunidades autónomas de régimen común y, si bien la diferencia es menor, también superior al que reciben los ayuntamientos navarros⁴⁸.

8.2.4. La definición de las ratios de atención

Otra de las diferencias que existen entre la Comunidad Autónoma de Euskadi y algunas de las comunidades autónomas analizadas se refiere al establecimiento —fundamentalmente en Galicia y Navarra, aunque también, en menor medida, en Catalunya— de ratios de personal en los servicios sociales de base, lo que, en parte, se relaciona con la participación de las entidades supramunicipales en la financiación de esos servicios.

En ese sentido, Navarra regula con detalle el perfil de las personas profesionales que deben prestar sus servicios en cada uno de los programas (profesionales del trabajo social, la educación social, la educación familiar y personal administrativo), así como su dotación mínima, diferenciando las

⁴⁷ El Plan Concertado financia la red de centros de servicios sociales de las comunidades autónomas adheridas a él —todas salvo la Comunidad Autónoma de Euskadi y Navarra—, con un gasto total en 2011 de 1.551 millones de euros. De ellos, 86 (el 5,5 %) fueron financiados por el Ministerio; 784 (el 50 %) por las comunidades autónomas; y 677 (el 43 %), por las corporaciones locales.

⁴⁸ En ese sentido, es preciso señalar que los municipios vascos son los que tienen una menor capacidad de recaudación propia de todo el Estado, cuando se mide con relación al PIB (1,1 % del PIB, frente al 1,9 % del Estado y el 2,5 % de Andalucía). En términos de euros per cápita, la recaudación municipal asciende en la Comunidad Autónoma de Euskadi a 313 euros al año, frente a 422 en el conjunto del Estado. Con datos de 2005, Zubiri et al. (2009) explicaban que esa menor capacidad de recaudación no se traduce en una menor capacidad de gasto, debido al mayor volumen de las transferencias que los ayuntamientos vascos reciben de las instituciones comunes. De hecho, según ese autor, las transferencias recibidas por los ayuntamientos de la Comunidad Autónoma de Euskadi son, en euros por habitante, un 95 % superiores a los que reciben los municipios del territorio común. Suponen, además, un porcentaje muy superior de sus ingresos: el 55 %, frente al 37 % de los municipios del territorio común y el 38 % de los de la Comunidad Foral de Navarra.

dotaciones correspondientes a los municipios en función de su tamaño. Galicia ha adoptado una política similar, estableciendo una dotación mínima de profesionales del trabajo social, la educación social, la sociología, la psicología y otras titulaciones superiores, así como personal administrativo, que se diferencia tanto en función del tamaño del municipio como del modelo de unidad social establecido (unidades de trabajo social, unidades de trabajo y educación social, y unidades interdisciplinarias de intervención social). Cataluña, por su parte, se ha limitado de momento a establecer las ratios mínimas del servicio básico de atención social (tres trabajadores o trabajadoras sociales y dos educadores o educadoras por cada 15.000 habitantes) y el servicio de centro abierto.

8.2.5. Una ordenación territorial más laxa

La ordenación territorial de los servicios sociales municipales es, probablemente, el aspecto en el que las diferencias entre las comunidades autónomas analizadas son mayores:

- En Navarra, se establecen 44 zonas básicas —que pueden incluir uno o más municipios, o mancomunidades— y áreas —que incluyen entre cinco y doce zonas básica—.
- En Cataluña, se parte del área básica de servicios sociales (con una población de 20.000 habitantes) y se tiene en cuenta el diferente tamaño municipal, al atribuir las competencias respecto a los servicios sociales básicos a los ayuntamientos de más de 20.000 habitantes, mientras que en los municipios de menor población la responsabilidad se atribuye a los consejos comarcales. En todo caso, la diversidad de opciones y formas de gestión es notable.
- Galicia también establece el área como elemento básico de la ordenación territorial en el ámbito de los servicios sociales, diferenciando entre diferentes tipos de áreas (urbanas, metropolitanas, rurales, etc.), lo que, como hemos visto, implica diferencias en las ratios profesionales de los servicios sociales de base. Con todo, es preciso recordar que la ordenación territorial de los servicios sociales viene a coincidir en Galicia casi en su totalidad con la ordenación municipal, pues, salvo en los casos de agrupaciones o mancomunidades, que son minoritarias y voluntarias, cada ayuntamiento presta los servicios sociales en su término municipal, careciendo de referencias comunes o de similitudes con la organización territorial del sistema educativo o sanitario.
- En el caso de Castilla y León, se diferencian las zonas de acción social y sus agrupaciones, las áreas de acción social.
- Finalmente, en el caso de Castilla-La Mancha, pese a que se reconoce al municipio como unidad territorial básica para la prestación de servicios

sociales, en ausencia del preceptivo mapa de servicios sociales, los municipios tienden a agruparse en las zonas y área establecidas por el Gobierno autonómico en 2004.

De este panorama, desde la perspectiva de la Comunidad Autónoma de Euskadi, cabe destacar algunos elementos de interés:

- En la mayor parte de los casos, es patente la preeminencia del municipio —como ente administrativo— en lo que se refiere a la determinación de las áreas y zonas, y su autonomía a la hora de agruparse con otros municipios para la prestación de servicios.
- Cabe destacar también la diferenciación que se realiza en Galicia entre diferentes tipos de unidades de actuación, en función de la realidad demográfica y socioeconómica local, que se traduce en requerimientos de personal diferentes.
- Pese a su escaso desarrollo, también cabe tener en cuenta la figura de los centros de servicios sociales establecida en Navarra, que, como se ha dicho, tienen funciones de apoyo a los servicios sociales de base.

En todo, la Comunidad Autónoma de Euskadi se diferencia de la mayor parte de los esquemas de ordenación territorial analizados en dos cuestiones básicas:

- La Comunidad Autónoma de Euskadi es la única que atribuye a los diferentes equipamientos de atención primaria —al margen de las unidades de servicios sociales de base— un grado determinado de proximidad y la recomendación de alcanzar, aunque sea a nivel del conjunto del territorio, unas dotaciones y coberturas mínimas, que contribuyan a garantizar una cierta armonización interterritorial y un cierto nivel de proximidad en el despliegue de los recursos.
- La delimitación geográfica concreta de los diversos niveles establecidos en el Mapa de Servicios Sociales —sectores, comarcas y áreas— queda al albur de las administraciones forales y locales, a las que únicamente se dan unas pautas generales. En la mayor parte de las comunidades autónomas analizadas, por el contrario, la delimitación geográfica de los ámbitos territoriales supramunicipales es, por lo general, más estricta.
- Mientras que la mayor parte de las comunidades autónomas analizadas tienen muy en cuenta el tamaño de los municipios a la hora de asignarles competencias concretas, en la línea de lo establecido en la normativa estatal, la Comunidad Autónoma de Euskadi no diferencia prácticamente en ningún aspecto a los ayuntamientos grandes, medianos o pequeños, más allá de las pautas que se recomiendan para la definición de los ámbitos territoriales correspondientes a los diferentes

centros o de los indicadores sintéticos que se establecen para la definición de determinadas coberturas.

8.2.6. El desarrollo de fórmulas de colaboración interadministrativa

El análisis realizado en las páginas precedentes pone de manifiesto que, al margen de las mancomunidades, en algunas comunidades autónomas se ha tendido al desarrollo de fórmulas de colaboración interadministrativa que parecen haber cosechado resultados positivos. En ese sentido, cabe hacer referencia a dos modelos distintos, que dan respuesta a necesidades también muy diferentes: el Consorcio de Bienestar e Igualdad de Galicia y al Consorcio de Servicios Sociales de Barcelona:

- Como se ha señalado previamente, el Consorcio Gallego de Servicios de Igualdad y Bienestar —integrado por la Xunta de Galicia y por 272 de los 314 ayuntamientos gallegos, así como por cuatro mancomunidades ha sido fundamental para mejorar el equilibrio territorial en la oferta de servicios sociales públicos, permitiendo garantizar la prestación de servicios de calidad con niveles suficientes de cobertura y facilitar el acceso a escuelas infantiles y puntos de atención a la infancia, centros de atención a personas mayores y a la dependencia (centros de día, viviendas comunitarias, hogares residenciales y miniresidencias), equipos comarcales de inclusión social, centros de información y asesoramiento a la juventud u otros servicios de proximidad, como la comida a domicilio. Todo ello se basa en una fórmula de colaboración interadministrativa y de adhesión voluntaria, a través de la cual los ayuntamientos ceden sus equipamientos para que sean gestionados por dicho consorcio, comprometiéndose a aportar el 30 % de la financiación, mientras que el consorcio asume el 70 % restante con cargo a las transferencias de financiación que recibe de la administración autonómica y a los ingresos procedentes del copago de las personas usuarias.
- El Consorcio de Servicios Sociales de Barcelona, formado por el Ayuntamiento de Barcelona y la Generalitat de Catalunya, es una iniciativa pionera para evitar la actuación de diferentes niveles de la Administración en un mismo territorio desde la óptica de la cooperación y la codecisión. El objetivo ha sido evitar duplicidades, detectar y atender las necesidades de las personas atendidas y favorecer sus itinerarios, especialmente entre la atención básica y la especializada. Pese a su escaso y contradictorio desarrollo, el Consorcio supone un avance en el desarrollo de estructuras capaces de superar los efectos negativos de la actual división de los servicios sociales por niveles, y sus problemas de gobernanza y coordinación.

8.2.7. El desarrollo de las herramientas de coordinación, mejora de la gobernanza y gestión del conocimiento

Finalmente, cabe destacar algunas de las experiencias concretas de coordinación, mejora de la gobernanza y gestión del conocimiento que se vienen desarrollando en las comunidades autónomas analizadas. Resultan desde ese punto de vista particularmente interesantes las siguientes:

- Pese a su todavía escaso desarrollo, la Comisión de Coordinación de Atención Primaria de los Servicios Sociales de Base de la Comunidad Foral de Navarra —formada por seis representantes del Departamento responsable de los servicios sociales (actualmente, la Vicepresidencia de Derechos Sociales) y siete representantes de las áreas de los servicios sociales de base— supone un avance importante en lo que se refiere a la generación de mecanismos que —más allá de la regulación— permitan un liderazgo compartido en la gestión de los servicios de atención primaria.
- En el mismo sentido, cabe hacer referencia en Galicia al Servicio de Coordinación de Servicios Sociales Comunitarios, que tiene como función específica la coordinación de dichos servicios sociales. Desde esta unidad, se ofrece asesoramiento, orientación, información, formación y apoyo técnico a las y los profesionales de los servicios sociales comunitarios, básicos y específicos, para el desarrollo de programas y servicios en sus municipios.
- La figura de los contratos-programa de Cataluña, si bien estrechamente ligada a la financiación de los servicios sociales básicos, supone también un avance en la clarificación de las funciones y cometidos de cada parte.
- Particular interés tiene igualmente, en lo que se refiere a la gestión del conocimiento, las actuaciones de supervisión y formación de equipos y evaluación de servicios que se realizan mediante los Círculos de Comparación Intermunicipal en Servicios Sociales. Impulsados por la Diputación de Barcelona, los Círculos de Comparación Intermunicipal de Servicios Sociales son grupos estables de municipios que trabajan por la mejora de los servicios sociales a partir de la comparación de indicadores que reflejan su actuación y del intercambio y contraste de las prácticas que sustentan esta actividad. Como se ha señalado antes, el trabajo de estos Círculos se traduce, entre otros aspectos, en la publicación de un cuadro resumen de indicadores de servicios sociales municipales, relativos a los servicios sociales básicos, la atención a domicilio y los centros abiertos, que recoge más de un centenar de indicadores, actualizados cada año, con relación a la financiación de los servicios, la satisfacción de las personas usuarias, la dotación de profesionales y sus condiciones de trabajo, la cobertura de los servicios o los procedimientos

de acceso (listas de espera, tiempos medios de espera para la realización de entrevistas, etc.). En el marco de esta iniciativa, se publica un informe anual que recoge tanto la metodología seguida como los resultados agregados —no detallados por cada municipio— que se han obtenido, señalándose las áreas que requieren ser mejoradas.

- También en Cataluña debe hacerse referencia al desarrollo del Sistema de Información de Servicios Sociales Hércules —que incluye entre sus herramientas un Registro Unificado de Datos de los Entes Locales (RUDEL)— y el carácter del Mapa de Servicios Sociales de Cataluña, orientado no tanto a la planificación del despliegue territorial de los recursos, sino a la descripción pormenorizada de las dotaciones, ratios de personal e intervenciones realizadas en cada municipio. Con relación a los servicios sociales básicos, el Mapa ofrece información —para cada zona básica de servicios sociales— sobre la dotación de profesionales (trabajadores o trabajadoras sociales y educadores o educadoras), las horas de SAD prestadas, las problemáticas atendidas, las personas y unidades familiares atendidas, las plazas disponibles en los servicios de estancia limitada, etc., lo que supone una mejora importante desde el punto de vista de la transparencia y la rendición de cuentas por parte de las administraciones locales.
- Finalmente, también tiene gran interés el *Modelo de servicios sociales básicos de Cataluña* (2015) publicado por la Generalitat, con el que se pretende fijar unos mínimos que permitan a las administraciones locales comparar y analizar su situación respecto a unos estándares amplios y flexibles, pero al mismo tiempo, concretos. Aunque se plantea como un modelo abierto, sujeto a revisión, el texto plantea que, una vez aprobado, debería constituir la base de un posterior proceso de regulación, con relación a criterios de prestación y acceso a los servicios, organización de los equipos de trabajo, requerimientos de los equipamientos y requisitos del sistema de información.

- AGUILAR HENDRICKSON, M. (2014): *Apuntes para un replanteamiento de los servicios sociales en España. VII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España*, serie Documento de Trabajo, Madrid, Fundación Foessa, Cáritas Española Editores [http://www.foessa2014.es/informe/uploaded/documentos_trabajo/04112014034343_2219.pdf].
- (2010): “La huella de la beneficencia en los servicios sociales”, *Zerbitzuan*, nº 48, págs. 9-16 [[http://www.zerbitzuan.net/documentos/zerbitzuan/La huella de la beneficencia.pdf](http://www.zerbitzuan.net/documentos/zerbitzuan/La%20huella%20de%20la%20beneficencia.pdf)].
- DEPARTAMENT DE BENESTAR SOCIAL I FAMÍLIA (2015): *Model de serveis socials bàsics de Catalunya*, Barcelona, Generalitat de Catalunya [<http://www.siis.net/documentos/ficha/506965.pdf>].
- DEPARTAMENTO DE BIENESTAR SOCIAL, DEPORTE Y JUVENTUD (2003): *Manual de intervención en situaciones de desprotección infantil en la Comunidad Foral de Navarra*, Pamplona, Gobierno de Navarra.
- (2000): *Documento base para un plan de atención comunitaria de servicios sociales*, Gobierno de Navarra [https://www.navarra.es/home_es/Temas/Asuntos+sociales/Publicaciones/AtencionPrimaria/].
- FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE MUNICIPIOS Y PROVINCIAS (2009): *Propuesta para la configuración de un modelo actualizado de servicios sociales municipales*, Federación Española de Municipios y Provincias [http://femp.femp.es/files/566-894-archivo/nuevos_servicios_sociales_libro.pdf].
- SIIS CENTRO DE DOCUMENTACIÓN Y ESTUDIOS (2016): *La situación de los servicios sociales municipales en la Comunidad Autónoma de Euskadi. Situación actual y propuestas de mejora / Udal gizarte zerbitzuen egoera Euskal Autonomia Erkidegoan. Egungo egoera eta hobetzeko proposamenak*, serie Informes Extraordinarios de la Institución del Ararteko al Parlamento Vasco, Vitoria-Gasteiz, Ararteko [<http://biblioteca.ararteko.net/Record/20987>].
- (2010): *La situación de los servicios sociales de base en la Comunidad Autónoma del País Vasco / Euskal Autonomia Erkidegoko oinarrizko gizarte zerbitzuen egoera*, serie Informes Extraordinarios de la Institución del Ararteko al Parlamento Vasco, Vitoria-Gasteiz, Ararteko [http://www.ararteko.net/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/1_1941_3.pdf].
- VILÀ, A. (2009): *Tendencias de la nueva legislación de los servicios sociales*, Madrid, EAPN España [http://www.tercersector.cat/sites/www.tercersector.cat/files/eapn_legislacio_serveis_socials.pdf].
- ZUBIRI, I. et al. (2009): “El impacto económico del gasto en política social de la Diputación Foral de Gipuzkoa”, en ETXANIZ, M. et al., *Ponencias del proceso de reflexión / Hausnarketa prozesuaren txostenak*. Donostia-San Sebastián, Diputación Foral de Gipuzkoa, págs. 351-452 [<http://www.siis.net/documentos/ficha/180760.pdf>].

Servicios de primaria y secundaria que comparten equipamiento. Experiencias en Gipuzkoa: posibilidades y dificultades

Jon Iribar Goenaga

Diputación Foral de Gipuzkoa
<jiribar@gipuzkoa.eus>

Gizarte Zerbitzuetako Euskal Legearen garapenak (2008) berarekin dakar azpiegitura fisiko bati loturiko zerbitzu berriak sortzea. Alderdi hori bereziki arazotsua gertatzen zaie horrelako eskumenak bete behar dituzten tamaina txiki eta ertainekoak diren udaletxeentzat, alde batetik inbertsioari loturiko gastu garrantzitsuak ageri direlako, eta bestetik, zerbitzu batzuen zeregina zentzudun bilakatzen delako zonalde edo eskualde zehatz zenbait udaletxeetara bideratzean, eta horrek zaildu egiten du azpiegitura sozial berrien sustapena. Horren ordezko aukera bat izan daiteke baliabide horiek sustatzea bigarren mailako arretako azpiegiturretan batuz, dela jada abian daudenak, dela proiektaturik daudenak, eta bai titulartasun publikodunak bai pribatuak. Ordezko aukera horien esplorazioan lagungarri gertatzeko, artikulua honetan deskribatzen dira Gipuzkoan garatzen joan izan diren zenbait esperientzia, betiere helburu izanik berauen hedakuntza eta Euskadiko gizarte-zerbitzuen eremu osoari baliagarri gertatzea, baina berariak udaletxe eta mankomunitateentzako.

GAKO-HITZAK:

Gizarte-zerbitzuak, udaletxeak, koordinazio administratiboa, araudia, eskumenak, esperientziak, Gipuzkoa.

El desarrollo de la Ley Vasca de Servicios Sociales (2008) implica la creación de nuevos servicios asociados a una infraestructura física. Esta cuestión resulta especialmente problemática para los ayuntamientos de tamaño pequeño o mediano que han de ejercer competencias de este tipo, en parte por los fuertes gastos que pueden estar asociados a la inversión, y en parte porque algunos servicios sólo tienen sentido si sirven a varios ayuntamientos de un área o comarca, lo que complica la promoción de nuevas infraestructuras sociales. Una alternativa es promover esos recursos asociándolos a infraestructuras de atención secundaria, tanto actuales como en proyecto, y tanto de titularidad pública como privada. Para contribuir a explorar esas alternativas, el presente artículo describe algunas experiencias que se han ido desarrollando en Gipuzkoa, con el objetivo de difundirlas y extraer algunas lecciones que puedan servir al conjunto de los servicios sociales de Euskadi, pero muy en particular a ayuntamientos y mancomunidades.

PALABRAS CLAVE:

Servicios sociales, ayuntamientos, coordinación administrativa, normativa, competencias, experiencias, Gipuzkoa.

1. Introducción

El desarrollo de la Ley Vasca de Servicios Sociales (2008) implica, entre otras cosas, la creación de nuevos servicios asociados a una infraestructura física. Esta cuestión resulta especialmente problemática para los ayuntamientos de tamaño pequeño o mediano que han de ejercer competencias de este tipo, en parte por los fuertes gastos que pueden estar asociados a la inversión, y en parte porque algunos servicios sólo tienen sentido si sirven a varios ayuntamientos de un área o comarca, lo que exige acuerdos sobre ubicación, cofinanciación, prioridades de acceso y otras cuestiones que complican considerablemente la promoción de nuevas infraestructuras sociales.

Una alternativa que conviene explorar es la de promover esos recursos asociándolos a infraestructuras de atención secundaria, tanto actuales como en proyecto, y tanto de titularidad pública como privada. Para contribuir a explorar alternativas, el presente artículo describe algunas experiencias que se han ido desarrollando en Gipuzkoa, con el objetivo de difundirlas y extraer algunas lecciones que puedan servir al conjunto de los servicios sociales de Euskadi, pero muy en particular a ayuntamientos y mancomunidades.

La elección de Gipuzkoa se debe únicamente al limitado campo de conocimiento del autor, y de ninguna manera supone que estas experiencias no existan en Álava o Bizkaia, ni que las de Gipuzkoa sean especialmente modélicas. Finalmente, advertimos de que aquí no se aborda el asunto de la pura cesión de infraestructuras entre administraciones para el uso privativo de una de ellas, que es algo distinto de la cobicación o cogestión, y sobre la que existen, lógicamente, muchos más ejemplos; por ello, consideramos innecesario abundar en esa posibilidad.

2. Experiencias

2.1. Servicios del Ayuntamiento de Donostia integrados en equipamientos residenciales de atención secundaria

El Ayuntamiento de Donostia tiene servicios residenciales de competencia municipal destinados a personas mayores (apartamentos tutelados y viviendas comunitarias) integrados en una red propia y con una regulación común, pero mientras que algunos de estos equipamientos son de titularidad municipal, otros no lo son. Entre estos últimos podemos distinguir:

- a. Servicios prestados en equipamientos forales que simultáneamente ofrecen servicios de atención secundaria: es el caso de los 18 apartamentos integrados en el centro residencial foral Txara II y de los 8 apartamentos integrados en el centro foral Elizaran (donde además hay un centro día

de mayores y dos unidades de convivencia para personas con discapacidad y enfermedad mental, respectivamente). Esta fórmula se basa en convenios entre ambas administraciones.

- b. Servicios contratados por el Ayuntamiento a centros que tienen como cliente principal a la Diputación Foral: es el caso de los 33 apartamentos para mayores integrados en el centro residencial Berra, o de los 17 apartamentos del mismo tipo ubicados en la Fundación Zorroaga. En este caso, la fórmula empleada es la contratación de servicios, sin ninguna intervención de la Diputación Foral.

2.2. Servicios del Ayuntamiento de Tolosa integrados en un equipamiento residencial de atención secundaria

En Tolosa, nos encontramos con un modelo singular desde el punto de vista formal o jurídico: el centro Uzturre es básicamente un equipamiento de atención secundaria, pero fue promovido por el Ayuntamiento en régimen de concesión de obra y gestión de servicios públicos, concesión a largo plazo que, en el ámbito de los servicios sociales, ha sido una fórmula empleada básicamente por las diputaciones forales y poco por los ayuntamientos.

Uzturre cuenta con 71 plazas residenciales para personas mayores dependientes y otras 40 de centro de día para ese mismo perfil, además de un módulo de 24 plazas destinado a personas con enfermedad mental; el cliente mayoritario de estos servicios es la Diputación Foral. Pero Uzturre cuenta además con 21 apartamentos, que suman 30 plazas; 15 de ellas están concertadas con el ayuntamiento, que las destina a personas mayores no dependientes o en riesgo de dependencia que están en riesgo de exclusión social.

2.3. Servicios de otros ayuntamientos integrados en un equipamiento residencial de atención secundaria

Se trata de apartamentos tutelados integrados en residencias de mayores cuya titularidad es municipal. Hernani y Andoain han hecho esta opción, como también la hizo Azkoitia (aunque, en este caso, ambos recursos han pasado a ser de titularidad foral).

2.4. Servicios de la Diputación Foral integrados en un equipamiento residencial del Ayuntamiento de Zarautz

El Ayuntamiento de Zarautz es titular de un edificio singular que ofrece 50 apartamentos tutelados, la mayoría destinados a personas mayores, pero con reserva de unos pocos para otras situaciones (piso de emergencia, acogida a víctimas de violencia machista), es decir, en su conjunto, para servicios residenciales de competencia municipal. La planta

baja del edificio, sin embargo, acoge el centro de día para personas mayores en situación de dependencia, con 50 plazas, de competencia netamente foral.

La gestión de ambas partes del edificio es indirecta y adjudicada de modo integral por el Ayuntamiento, que a su vez concierta las plazas del centro de día con la Diputación. Además, y dado que existen apartamentos disponibles a la fecha, a partir del presente año la Diputación Foral va a utilizar tres de ellos para servicios de su competencia en el ámbito de la enfermedad mental. Ello supone tanto la cesión condicionada del Ayuntamiento como la incorporación de modificaciones al contrato de gestión indirecta actual.

2.5. Servicios de la Diputación Foral integrados en un equipamiento residencial del Ayuntamiento de Zumaia

El Ayuntamiento de Zumaia dispone de un equipamiento (el centro Branka) que agrupa tanto 16 apartamentos tutelados municipales como un centro de día de personas mayores con 20 plazas. La fórmula de gestión es similar a la empleada en Zarautz.

2.6. Servicios de la Diputación Foral integrados en equipamientos municipales no residenciales

Esta categoría de servicios engloba los centros de día para personas mayores de competencia foral que se encuentran integrados en centros del ayuntamiento que ofrecen otros servicios municipales, o incluso son la sede de servicios de otros sistemas públicos (como el centro de salud de Osakidetza, en el caso de municipios pequeños).

Históricamente, la tendencia más frecuente ha sido la de combinar el centro de día foral con el hogar del jubilado en el mismo edificio, en especial cuando el centro de día se crea por primera vez y su expectativa de 'clientes' es pequeña: con el tiempo y con el crecimiento de la demanda de centro de día, la tendencia posterior ha sido separar ambos servicios en diferentes ubicaciones. Podemos encontrar ejemplos de esta tendencia evolutiva en Zarautz, Azpeitia, Getaria, Errenteria y Eibar, entre otros municipios. El proceso está pendiente en localidades como Elgoibar o Bergara.

2.7. Los centros rurales polivalentes

En algunos municipios pequeños de Gipuzkoa, existen equipamientos bajo la forma de 'centros rurales polivalentes', promovidos en colaboración entre los respectivos ayuntamientos y la Diputación Foral. Su particularidad reside, por una parte, en la combinación de recursos de competencia municipal y foral no sólo integrados en un mismo edificio, sino gestionados de forma conjunta

mediante un contrato de servicios suscrito por el ayuntamiento correspondiente; y, por otra, en una 'sobrefinanciación' por parte de la Diputación Foral, que pretende así compensar la falta de rentabilidad que supone, particularmente al inicio, la atención a pocas personas usuarias por parte de las empresas gestoras. Los equipamientos son siempre propiedad de los ayuntamientos o de las mancomunidades

Estos centros están situados en los siguientes municipios: Antzuola, Bidania-Goiatz, Elgeta, Errezil, Mendaro y Zegama. No todos ofrecen los mismos servicios ni están ubicados en equipamientos singulares, pero todos tienen en común el hecho de que están abiertos a una atención menos sectorizada según el reparto competencial (aunque las personas mayores dependientes sean los clientes principales, existen personas usuarias más jóvenes) y de que contemplan regímenes más flexibles de uso de los servicios (servicios concretos en días concretos, en vez de una estancia continuada y diaria), en comparación con servicios ubicados en centros urbanos.

3. Instrumentos jurídicos y financieros para compartir equipamientos

Los instrumentos básicos para materializar el uso compartido de equipamientos son los convenios entre administraciones cuando las infraestructuras son de titularidad pública. A este respecto, pueden distinguirse los convenios de carácter general de aquellos que tienen por objeto explícito la encomienda de gestión. Los primeros son los que utiliza la Diputación para concertar plazas, y suponen que el ayuntamiento, además de aportar la infraestructura, se encarga de la gestión (normalmente indirecta) del servicio. Los segundos sólo se dan hoy en día entre el Ayuntamiento de Donostia y la Diputación (casos de Txara II y Elizaran), y en ellos se establece explícitamente que el servicio 'instalado' en el edificio foral es de competencia municipal y se rige por la normativa municipal general para ese tipo de servicio (acceso, copago, reglamento), y no por la foral.

Esta distinción tiene su importancia: la encomienda de gestión, además de mantener el control regulatorio (municipal o foral) sobre el servicio, puede suponer que existan compromisos financieros adicionales al pago de una tarifa por estancia a la institución gestora (por ejemplo, inversiones o gastos de mantenimiento). O puede suponer una fórmula de pago distinta (una liquidación anual frente a un abono mensual, por ejemplo). A este respecto, cabe señalar que, en Gipuzkoa, aproximadamente la mitad de los centros de día para mayores (competencia foral) están en equipamientos municipales y son gestionados de modo indirecto por los ayuntamientos, sin que el instrumento jurídico recoja que se trata de una encomienda de gestión. Se trata de una situación en disonancia con el actual marco competencial que habrá que ir

regularizando, bien a través de la encomienda o bien a través de la transferencia de la gestión al ente foral, manteniendo, en su caso, la cesión del local.

En cuanto a los servicios municipales integrados en recursos privados dedicados también a servicios de secundaria (como Berra-Donostia), el instrumento jurídico es el contrato entre las dos partes y la Diputación Foral no juega ningún papel: simplemente, el centro tiene dos clientes públicos en vez de uno.

4. Lecciones extraídas

De las experiencias señaladas, cabe extraer las siguientes lecciones:

- Las experiencias comentadas se dan en ambos sentidos: es decir, que es posible combinar recursos de atención primaria y secundaria tanto en centros forales como en municipales.
- También es posible compartir una infraestructura de titularidad privada.
- Casi todas estas experiencias se dan en servicios de atención a personas mayores (salvo algunos perfiles de usuarios en Uzturre-Tolosa y en los centros polivalentes), y no en servicios para otros colectivos.
- Las mayores dificultades de los ayuntamientos se refieren a la creación de estructuras residenciales de cierto tamaño (Zarautz es una excepción), y por ello resulta más eficiente acudir a la 'compra' de servicios. Sin embargo, a día de hoy existen muy pocas infraestructuras tanto forales como privadas que integren, por ejemplo, apartamentos tutelados, así que en la práctica la opción no es real. Por otra parte, la iniciativa privada no puede realizar esa oferta si no vislumbra una oportunidad de mercado (demanda pública solvente).
- El instrumento jurídico más acorde con el reparto competencial de los servicios sociales respecto al asunto que venimos tratando es la encomienda de gestión, que debería sustituir en algunos casos a los actuales convenios de colaboración, y sobre todo debería ser un elemento que habría que valorar en futuros desarrollos del Mapa de Servicios Sociales de Gipuzkoa. Ello es de particular importancia cuando se opta por una gestión unificada (es decir, por una única entidad gestora) para servicios de primaria y de secundaria.
- Las únicas experiencias en las que hay varios ayuntamientos implicados simultáneamente en este tipo de servicios son las correspondientes a las mancomunidades (centros rurales); en el resto de los casos, se trata de un único ayuntamiento que tiene algún tipo de acuerdo con la Diputación Foral. Como veremos a continuación, este modelo 'bilateral' presenta limitaciones importantes para el desarrollo de la atención primaria mediante nuevos servicios de centros.

5. El desarrollo del Mapa de Servicios Sociales

5.1. Dificultades de desarrollo ligadas al Mapa y a la propia Ley de Servicios Sociales (2008)

Un ejemplo muy claro de las dificultades para desplegar los objetivos establecidos por el mapa vasco o los mapas territoriales de servicios sociales es el diferente ámbito territorial de prestación de los servicios. Este asunto, que tiene mucho sentido al referirnos a una única institución que actúa en todo su territorio para cumplir los mandatos legales de acercamiento a los ciudadanos y de intervención lo más cercana posible a la comunidad, se convierte en un obstáculo muy grave cuando se intenta aplicar a muchas instituciones que, teóricamente, deben prestar servicios en espacios que desbordan los límites municipales, tanto territoriales como de población.

A su vez, esa dificultad está íntimamente conectada con el catálogo de la Ley de Servicios Sociales (2008), puesto que los servicios de competencia municipal que se establecen en ella no podrían ser los mismos si se hubieran definido como de obligada provisión en y por cada ayuntamiento. Por ejemplo, no tendría ningún sentido que todos y cada uno de los 251 ayuntamientos de Euskadi tuvieran que disponer, en su término municipal y exclusivamente a su costa, de viviendas tuteladas o de servicios de atención diurna para la exclusión social destinados sólo a sus vecinos.

El ámbito territorial de provisión y la necesidad de acción coordinada por los ayuntamientos no es, por tanto, algo que pueda modificarse simplemente mediante un cambio en el plan estratégico de los servicios sociales o en los mapas territoriales. Estos cambios pueden redefinir el número y alcance de los ámbitos más eficientes, pero siempre habrá al menos un nivel supramunicipal e infraterritorial para algunas de las competencias municipales vigentes. Por ello, el obstáculo se deriva directamente de la Ley, y no es tan sencillo ni cambiar la Ley ni sortear un obstáculo que la propia Ley ha creado. Entonces, ¿puede ser de ayuda el planteamiento que estamos examinando aquí? ¿La opción de compartir infraestructuras entre atención primaria y secundaria puede, en algunos casos, salvar el obstáculo?

5.2. Posibilidades actuales

Puesto que el único servicio municipal con infraestructura física que debe prestarse obligatoriamente en el propio municipio es el servicio social de base, y esto no plantea problemas especiales en la actualidad (más allá de las mejoras que deban hacerse), podemos distinguir tres situaciones para que los ayuntamientos pueden desarrollar más fácilmente sus 'nuevas' competencias sin crear recursos de la nada:

- Servicios en centros de día o de noche.

- Apartamentos tutelados o viviendas comunitarias para mayores.
- Viviendas tuteladas para exclusión, pisos de acogida, pisos de emergencia.

5.2.1. Servicios en centros de día o de noche

Una posibilidad es utilizar servicios en centros de día o de noche que tienen como destinatarias a poblaciones parcialmente similares y que se distinguen por aspectos como la gama de prestaciones que se ofrecen, el horario y calendario de atención, la duración de la estancia o el perfil y ratio de profesionales estimado¹, aunque sean competencialmente distintos. En definitiva, son los servicios que tienen nombre muy similar en el catálogo de la Ley (Cuadro 1).

	Servicio de atención diurna para personas mayores	Servicio de atención diurna en exclusión	Servicio de acogida nocturna en inclusión
Primaria			
Secundaria	Centro de día para personas mayores	Centro de día para atender exclusión	Centro de acogida nocturna en inclusión

Fuente: Elaboración propia a partir del Decreto 185/2015.

Pueden existir sinergias al aprovechar equipamientos existentes o promover equipamientos nuevos que integren los dos niveles. En el caso de la atención diurna para mayores, se trata, en principio, de un 'programa', aunque pueda utilizar una o varias infraestructuras: una casa de cultura, un hogar del jubilado, un polideportivo o un centro de día. Por ejemplo, los municipios de Errenteria y Donostia se apoyan en los hogares del jubilado, de momento; y sabemos que el Ayuntamiento de Andoain está pensando en utilizar espacios del centro de día para este fin. En definitiva, es un servicio que debe implantarse, al menos inicialmente, a partir de lo que ya existe, sea municipal o foral.

Los servicios destinados a la exclusión/inclusión son un caso más claro todavía: primero, porque los de atención primaria están poco desarrollados o no existen en la mayor parte de Gipuzkoa, luego hay que promoverlos; segundo, porque son servicios de ámbito comarcal, según el Mapa; tercero, porque salvo los ayuntamientos grandes que ya disponen de algún servicio (e incluso alguno de éstos), es de esperar que los demás municipios propongan encomendar su gestión a la Diputación Foral. De hecho, en nuestra opinión, el desarrollo de estos servicios en la mayoría de las comarcas sólo está medianamente garantizado si se opta por

una intervención de la Diputación, y ésta debería aprovechar para valorar la integración con servicios de su competencia.

5.2.2. Apartamentos tutelados o viviendas comunitarias para mayores

La de los apartamentos tutelados o viviendas comunitarias para mayores es la situación de más calado y con menos alternativas, porque el déficit es importante; porque no hay, de momento, una oferta privada que los ayuntamientos puedan concertar; porque la Diputación no tiene este tipo de recurso; y, especialmente, porque supone la promoción de equipamientos nuevos con un coste muy sustancial de inversión. Por poner un ejemplo, el Ayuntamiento de Oñati prevé construir un complejo de 16 apartamentos, con 20 plazas en total. El proyecto tiene un coste estimado de 1,8 millones de euros (IVA excluido), es decir, de más de 120.000 euros finales por cada apartamento, sin contar con el equipamiento ni el coste del suelo, que es público.

Parece, pues, evidente que merece la pena explorar alternativas más eficientes para ese coste, no tanto por la cuantía global, sino para maximizar los resultados: 16 apartamentos son pocos si tenemos en cuenta que estos servicios no tienen la misma rotación que las residencias, y que deben atender a situaciones de dependencia moderada que, en parte, se derivan actualmente a las residencias. Una forma de maximizar el resultado puede ser incorporar este recurso a nuevos servicios residenciales que promueva la Diputación Foral, y comentaremos más adelante las oportunidades concretas que se plantean en este momento.

Otra alternativa puede ser el recurso a la promoción general de viviendas de protección oficial, modificando proyectos actuales para que acojan este tipo de servicios (que no tienen por qué ser muy distintos de un edificio normal de viviendas). A este respecto, las residencias de Txara I y Txara II, en Donostia, fueron promovidas por el Gobierno Vasco en el marco de la creación de vivienda pública en el barrio de Intxaurreondo, y la Diputación Foral paga anualmente una cuantía durante cierto número de años, cuantía calculada según módulos de viviendas de protección oficial.

5.2.3. Viviendas tuteladas para exclusión, pisos de acogida, pisos de emergencia

Las viviendas tuteladas para exclusión, los pisos de acogida y los pisos de emergencia se parecen en que se trata de viviendas 'normales', y la diferencia entre ellos radica fundamentalmente en los servicios de apoyo que complementan el alojamiento. Según el Decreto de Cartera (2015), este apoyo pueden prestarlo los servicios sociales municipales, sin la dedicación de personal específico. Aunque nosotros ponemos en duda esta posibilidad (sobre

¹ Indicador no definido a día de hoy.

todo, en exclusión social), a nuestros efectos lo relevante es que la infraestructura física no es 'especial' (viviendas hay en todos los municipios), lo que simplifica mucho la coordinación entre ayuntamientos o la necesidad de construir nuevos recursos.

En consecuencia, el margen de autonomía municipal es muy grande en estos servicios (especialmente si no va a dedicarse un personal especial): puede haber viviendas en varios ayuntamientos, incluso en todos los de una comarca; puede haber viviendas de un tipo en un municipio y de otro tipo en otro; pueden utilizarse viviendas de protección oficial, alquilar en el mercado inmobiliario, recurrir a Etxebide-Bizilagun o utilizar una vivienda en un complejo de apartamentos para mayores (recordemos el caso de Zarautz).

6. Oportunidades

Aludíamos hace un momento a la posibilidad de promover viviendas para mayores aprovechando proyectos sociales de envergadura de la Diputación Foral. Actualmente los proyectos que hay sobre la mesa y que se materializarán a medio plazo son los nuevos centros de Pasaia e Irun, que serán básicamente residencias de personas mayores con algunos servicios añadidos, todavía por concretar. Una característica común de esos centros es que sustituirán a las actuales residencias municipales en ambas localidades. Por lo tanto, se plantean dos posibles tipos de oportunidad:

- a. Promover que los nuevos proyectos constructivos contemplen un módulo de apartamentos tutelados o vivienda comunitaria. Esto puede significar un menor coste en inversión para los ayuntamientos y un menor coste posterior de la gestión, así como facilitar el ámbito comarcal de cobertura.
- b. Reconvertir los edificios de las residencias actuales en apartamentos o viviendas para servicios sociales de competencia municipal, una vez que existan los nuevos centros. Esto reforzaría

el control del ayuntamiento sobre recursos de su competencia, pero supondría dedicar esfuerzos en solitario a la inversión y la posterior gestión, salvo que se llegara a un acuerdo de uso compartido con los ayuntamientos cercanos.

En ambas alternativas, deben posicionarse los ayuntamientos afectados, y preferiblemente del resto de la comarca. Para ello, la Diputación Foral debería abordar los proyectos citados con una visión global de necesidades y alternativas, contando con los ayuntamientos.

7. Conclusiones

En este artículo hemos visto que ya existen experiencias de infraestructuras compartidas entre primaria y secundaria, sin que ello signifique un criterio general o una planificación deliberada; simplemente, se han aprovechado oportunidades locales allí donde las había. También hemos visto que la mayoría de estas experiencias afectan a la atención a personas mayores y son más frecuentes cuando se trata de locales que de viviendas. Por lo tanto, existe una experiencia de gestión compartida o encomendada que puede ser útil para nuevos retos.

Hemos visto que el desarrollo del Mapa de Servicios Sociales tiene un obstáculo importante en la provisión de servicios de competencia municipal pero de ámbito supramunicipal, y que la intervención de la Diputación Foral puede ser decisiva, al menos en el ámbito de la exclusión/inclusión. En cambio, en el ámbito de las viviendas es donde los ayuntamientos van a tener que asumir un mayor protagonismo, si bien existen oportunidades concretas a medio plazo en algunas comarcas.

Finalmente, y de acuerdo con la autonomía municipal consagrada por la Ley de Instituciones Locales de Euskadi (2016), no es posible recomendar un modelo determinado de gestión a los ayuntamientos en general, pero es necesario plantear alternativas que desbloqueen el desarrollo del Mapa y hagan realidad el reparto competencial de la Ley de Servicios Sociales.



Centro Torresoroa (Antzuola).



Centro Uzturre (Tolosa).



Centro Elizaran (Donostia).



Centro Maria Txiki (Zarautz).



Centro Berra (Donostia).



Centro Branka (Zumaia).



Centro rural polivalente (Mendaro).

Legislación referenciada

- PAÍS VASCO (2016): “Ley 2/2016, de 7 de abril, de Instituciones Locales de Euskadi”, *Boletín Oficial del País Vasco*, nº 70, 14-4-16 [<https://www.euskadi.eus/y22-bopv/es/bopv2/datos/2016/04/1601544a.shtml>].
- (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, págs. 1-87 [<https://www.euskadi.eus/y22-bopv/es/bopv2/datos/2015/10/1504561a.shtml>].

- (2008): “Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales”, *Boletín Oficial del País Vasco*, nº 246, 24-12-08, págs. 31.840-31.924 [<https://www.euskadi.eus/r47-bopvapps/es/bopv2/datos/2008/12/0807143a.shtml>].

Medicamentos viejos para pacientes nuevos: el impacto de la crisis en los servicios sociales de la ciudad de Zaragoza desde la perspectiva de los trabajadores sociales¹

Elisa Esteban Carbonell²

Universidad de Zaragoza
<estecar@unizar.es>

Sandra Romero Martín

Universidad de Zaragoza

M^a del Mar Del Rincón Ruiz

Universidad de Zaragoza

Artikulu honetan aztergai hartzen da Zaragozako gizarte-zerbitzuetako lehen mailako arretan (edo gizarte-zerbitzuetan) krisialdiak eskuartze sozialetan izandako eraginen inguruko gizarte-langileen diskurtsoa. Gertatu diren aldaketa horiek aztertzen dira ondorengo hiru alderdi hauetan: artaturiko erabiltzaileak (kopurua, ezaugarriak, aurkeztutako eskariak, beste sistema batzuetan eman diren murrizketek gizarte-zerbitzuetan izandako eragina); egungo eskariei aurre egiteko zerbitzuen erantzuteko gaitasuna (arretari eskainitako astia, baliabideen nahikotasuna, itxaronaldiak, prestazio-sistemaren ebaluazioa, premia berriei eskainitako erantzuna, komunitatearen ekimenak, gizarte-ekintzako elkarte pribatuen rola, beste premiekiko atentziorik eza); eta balorazio globala eta proposamenak. Azterlanak oinarri hartzen ditu 2013 eta 2016ean sakonean eginiko hamabi elkarrizketa, eta horrek aukera eskaintzen du bi aldi horietako egoeren arteko konparazioa burutzeko.

GAKO-HITZAK:

Lehen mailako gizarte-zerbitzuak, Zaragoza, krisialdia, eskuartze soziala, erabiltzaileak.

Este artículo analiza el discurso de los trabajadores sociales sobre los efectos de la crisis en la intervención social en los servicios sociales públicos de atención primaria (o servicios sociales generales) de la ciudad de Zaragoza. Se examinan los cambios producidos en tres aspectos: los usuarios atendidos (volumen, características, demandas planteadas, impacto en los servicios sociales de los recortes de otros sistemas); la capacidad de respuesta de los servicios a las demandas actuales (tiempo dedicado a la atención, suficiencia de recursos, tiempos de espera, evaluación del sistema de prestaciones, respuesta a las nuevas necesidades, iniciativas de la comunidad, papel de las entidades privadas de acción social, coordinación de los servicios sociales con las entidades privadas, desatención de otras necesidades); y valoración global y propuestas. El estudio se basa en doce entrevistas en profundidad realizadas en 2013 y 2016, lo que permite también comparar la situación en esos dos momentos.

PALABRAS CLAVE:

Servicios sociales de atención primaria, Zaragoza, crisis, intervención social, usuarios.

¹ Este artículo parte de una comunicación presentada en el XII Congreso Español de Sociología (Gijón, 2016).

² Becaria predoctoral del Gobierno de Aragón. Parte de este trabajo se ha realizado, por tanto, con el apoyo del Gobierno de Aragón.

1. Introducción

Los servicios sociales han sufrido importantes cambios en los últimos años a partir de los efectos de la crisis. En este sentido, junto con el aumento del número de usuarios atendidos y la diversificación de sus características, el sistema de servicios sociales debe hacer frente a mayor número de demandas con menor número de recursos. Además, la falta de cobertura del resto de sistemas deja al descubierto necesidades básicas que deben ser cubiertas por los servicios sociales. Esta realidad está sobrecargando al sistema, que se ve incapaz de hacer frente a esta situación sobrevenida. Por otra parte, estamos asistiendo a un aumento de las prestaciones económicas frente a las prestaciones de servicio, y este cambio de prioridades ha modificado el quehacer profesional. Por todo ello, es imprescindible conocer la percepción de los profesionales que se encuentran día a día con esta realidad, para comprender la situación que atraviesan los servicios sociales.

El presente artículo muestra los resultados de una investigación principalmente cualitativa llevada a cabo en los centros municipales de servicios sociales del Ayuntamiento de Zaragoza en dos fases (2013 y 2016), con el objetivo de conocer el impacto de la crisis sobre los servicios sociales respecto a los usuarios y al tipo de intervención.

2. Metodología

La investigación parte de la observación de que la atención a los usuarios en los servicios sociales públicos de atención primaria (o servicios sociales generales)³ de la ciudad de Zaragoza se ha visto afectada a raíz de la crisis. La primera fase, realizada en 2013 en el marco del trabajo final de grado en trabajo social, tenía una doble finalidad. Por un lado, conocer las consecuencias de la crisis en las áreas de empleo, vivienda, salud, educación y dependencia, así como la repercusión que dichos efectos estaban teniendo sobre el sistema de servicios sociales. Y por otro lado, analizar la opinión y la percepción de los profesionales en torno a la intervención con los usuarios.

Partiendo de los resultados obtenidos, se retomó la investigación, llevando a cabo una segunda fase tres años más tarde para contrastar la situación de los servicios sociales en ambos momentos. La hipótesis

de partida era que la demanda había continuado incrementándose, llegando incluso a la cronificación de ciertas situaciones, al mismo tiempo que el sistema de servicios sociales continuaba saturado y con instrumentos 'cortoplacistas', sin adaptarse a las nuevas situaciones. El presente artículo muestra los resultados de ese análisis comparativo.

Dada la complejidad del fenómeno a estudiar, se decidió emplear la técnica de la entrevista para la parte cualitativa de la investigación. Con el fin de concretar el objeto de estudio, se decidió identificar tres dimensiones que sirvieran para estructurar el guión de las entrevistas:

- Usuarios de los servicios sociales generales: variación en el volumen de los usuarios atendidos, características, demandas planteadas e impacto en los servicios sociales de los recortes de otros sistemas.
- Capacidad de respuesta de los servicios sociales a las demandas actuales: tiempo dedicado a la atención, suficiencia de recursos, tiempos de espera, evaluación del sistema de prestaciones, respuesta a las nuevas necesidades, iniciativas de la comunidad, papel de las entidades privadas de acción social, coordinación de los servicios sociales con las entidades privadas y desatención de otras necesidades.
- Valoración global y propuestas: detección de los principales problemas de los servicios sociales y propuestas de mejora.

En total, se llevaron a cabo doce entrevistas, nueve de ellas en la primera fase (2013) y tres en la segunda (2016). De las iniciales, dos fueron abiertas y dirigidas a profesionales de Cáritas Diocesana de Zaragoza, y las siete restantes, semiestructuradas y a trabajadores sociales de los servicios sociales del Ayuntamiento de Zaragoza, al igual que las tres entrevistas posteriores. Las entrevistas, que se grabaron y transcribieron en su totalidad, estaban orientadas a conocer los aspectos más valorativos sobre la situación actual de los servicios sociales. Su contenido se analizó de forma extendida basándose en las dimensiones planteadas.

3. Marco teórico y contextual

Muchas publicaciones muestran que la crisis iniciada en 2008 está generando cambios en nuestra sociedad (Fundación 1º de Mayo, 2012; Fundación Foessa, 2012, 2013; y Observatorio Estatal de la Dependencia, 2012; entre otras), y tanto sus efectos como las políticas desarrolladas han producido consecuencias notables en varios pilares de nuestro sistema de bienestar, entre los que se encuentran los servicios sociales. Algunas de las consecuencias más notables o más analizadas son el empobrecimiento de la población en general y la reaparición del fenómeno que se creía olvidado, o superado, como es el de los trabajadores pobres (Fundación 1º de Mayo, 2012).

³ Tal y como recoge el artículo 13 de la Ley 5/2009, de 30 de junio, de Servicios Sociales de Aragón:

1. Los servicios sociales generales son servicios públicos de carácter polivalente y comunitario, cuya organización y personal están al servicio de toda la población.
2. Los servicios sociales generales constituyen el primer nivel del sistema público de servicios sociales y proporcionan una atención que tiene por objeto favorecer el acceso a los recursos de los sistemas de bienestar social, generando alternativas a las carencias o limitaciones en la convivencia, favoreciendo la inclusión social y promoviendo la cooperación y solidaridad social en un determinado territorio.

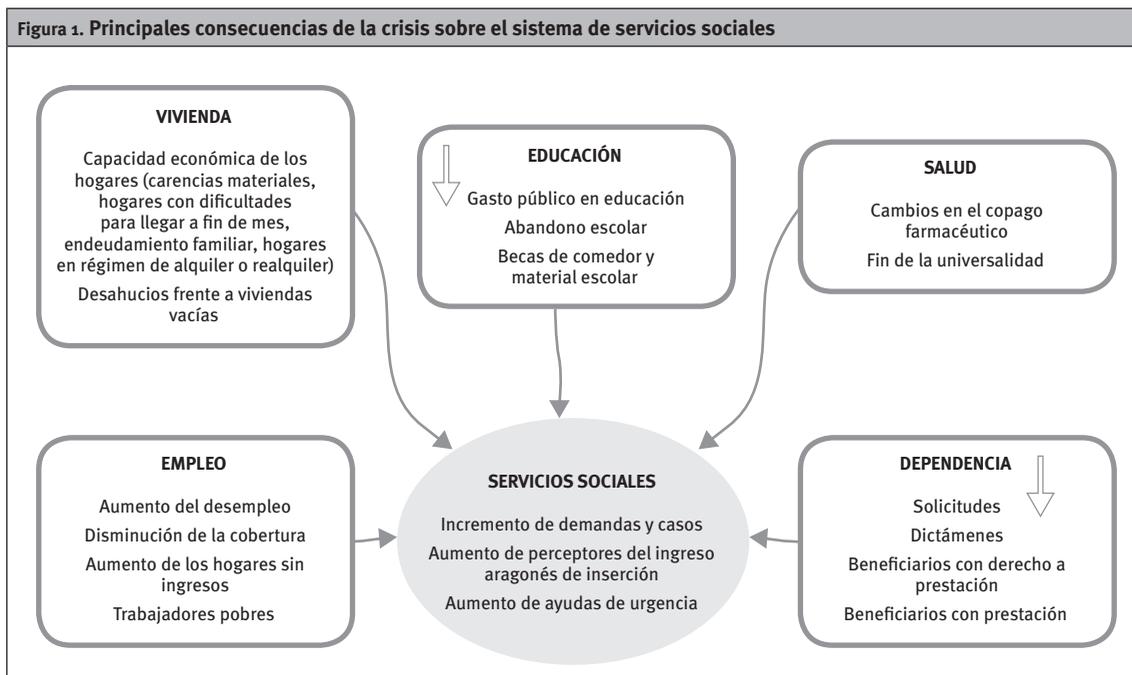
Como señala Fantova (2016: 115), el análisis de las causas, efectos, cuantías y dimensiones de esta afectación ha sido realizado en otros trabajos (Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales, 2016; Ayala y Ruiz-Huerta, 2015: 258-268; Barbieri y Gallego, 2015; Barriga, 2014; Deusdad, 2016; Laparra y Pérez Eransus, 2012; Lima, 2013; López Casanovas, 2015; Martínez Virto y Pérez Eransus, 2015; Montserrat, 2015; Rodríguez Cabrero, 2012; Rodríguez Rodríguez, 2015; y Sanzo, 2013).

Por un lado, se puede hablar de consecuencias derivadas de otros sistemas. Los efectos de la crisis en un modelo desarticulado pueden ser devastadores para los servicios sociales, ya que al incremento de la demanda, derivado del envejecimiento de la población y de la consecuente implantación del Sistema de Atención a la Dependencia, hay que añadir la explosión de necesidades sociales insatisfechas por el efecto del desempleo, de las reducciones salariales y de la crisis de la vivienda” (Alguacil Gómez, 2012: 72). Así, se ha podido constatar cómo la crisis, con su ‘efecto dominó’, ha generado nuevas necesidades en los servicios sociales o, dicho de otra manera, necesidades no resueltas por otros sistemas han llegado al de los servicios sociales.

La Figura 1 recoge de manera simplificada las principales consecuencias sobre el sistema de servicios sociales detectadas en la investigación inicial.

El aumento en el número de personas sin cobertura por parte del sistema de empleo, así como la disminución de las posibilidades económicas, ya sea por la pérdida de empleo o por la precariedad laboral, repercute directamente en el sistema de servicios sociales, en forma de incremento de demandas y casos atendidos: “los profesionales de los servicios sociales consultados [en 2012] cifran este incremento de usuarios entre un 50% y un 300% desde que comenzó la crisis” (Marea Naranja Aragón, 2012: 21). Parte de los usuarios solicitan el ingreso aragonés de inserción (IAI) como última vía de obtención de ingresos, una vez agotado otro tipo de prestaciones (contributivas, asistenciales o renta activa de inserción): “en tres años y medio, se ha multiplicado por siete el número de perceptores del ingreso aragonés de inserción” (ibídem: 22).

Para hacer frente a los crecientes problemas de vivienda por la pérdida de poder adquisitivo de los hogares, éstos pueden solicitar ayudas de urgencia a los servicios sociales. El número de estas ayudas ha aumentado en los últimos años. Las ayudas de urgencia también se utilizan para apoyar a las familias en el pago del comedor infantil, lo cual compensa la reducción de las becas. Por ello, los servicios sociales comunitarios del Ayuntamiento de Zaragoza han estado gestionando ayudas de urgencia dentro del Plan Integral Casco Histórico (PICH) y del Plan Integral Barrio Oliver (PIBO)⁴. Los servicios sociales también tramitan ayudas de urgencia para cubrir necesidades sanitarias.



Fuente: Elaboración propia.

⁴ Incluye una serie de actuaciones que tienen en común el objetivo general de favorecer la escolarización de los menores e incidir en situaciones que pueden ser determinantes de absentismo escolar.

Hasta 2012, los servicios sociales municipales gestionaban este tipo de ayudas para complementar al sistema de Seguridad Social en aspectos que éste no cubría (prótesis dentales, gafas)⁵.

Todo ello muestra cómo la deconstrucción del Estado del bienestar asociada a la crisis configura unas nuevas coordenadas de ubicación del trabajo social. Ahora bien, este proceso de ajuste, lejos de ser automático, exige alguna forma de reflexión y autoconceptualización por parte del propio trabajo social, o mejor aún, por parte del trabajador/a social en situación (Abad Miguélez y Martín Aranaga, 2015: 180).

Por otro lado, y sin olvidar la idea inicial, encontramos unos servicios sociales tardíamente desarrollados e incapaces de poner en marcha herramientas eficaces y de hacer frente a esta nueva situación. En general, el modelo de atención de los servicios sociales de base se ha burocratizado y esclerotizado (Duque Carro, 2012: 24). La burocratización es, precisamente, uno de sus hándicaps más importantes. La práctica mayoritaria de tramitación de prestaciones económicas ha conformado una práctica profesional de tipo administrativo, caracterizada por el trabajo de despacho y las tareas de comprobación de requisitos, situándose así muy lejos de la dinámica relacional individual y familiar, y aún más, de las dinámicas comunitarias (ibídem: 25).

La nueva realidad trae consigo unas nuevas necesidades basadas fundamentalmente en la atención a necesidades básicas, como señala, entre otros, Aguilar Hendrikson⁶. Sin embargo, no debemos olvidar que la intervención de los trabajadores sociales debería ir mucho más allá. Es necesario, en este sentido, una reflexión conjunta sobre la situación actual que viven los servicios sociales, que detecte aquellos aspectos susceptibles de ser redireccionados. El trabajo aquí presentado pretende contribuir a ese análisis en un nivel micro (los servicios sociales generales de la ciudad de Zaragoza), con el objetivo de retratar aquellas modificaciones más significativas de su funcionamiento a partir de la crisis, y dejar la puerta abierta para una investigación posterior que ahonde y profundice en soluciones.

⁵ Sin embargo, a partir de enero de 2013 una instrucción interna suspendió las ayudas bucodentales que no constituían un problema sanitario (consideradas no básicas) y las ópticas (concedidas excepcionalmente).

⁶ “Desde 2008, la crisis inmobiliaria y financiera y su cadena de efectos devastadores sobre el empleo y la hacienda pública [...] han sepultado a los servicios sociales bajo una avalancha de demandas de ayuda para la subsistencia” (Aguilar Hendrikson, 2013: 147).

4. Resultados de la investigación

4.1. Usuarios

En este apartado, se analiza la información recabada sobre los usuarios de servicios sociales: variaciones en el volumen de usuarios atendidos, características, demandas presentadas y prioridad de éstas, así como el posible impacto en los servicios sociales como consecuencia de los recortes de otros sistemas de bienestar (o ramas de actividad del sistema de bienestar).

En cuanto a la variación en el volumen de los usuarios atendidos, todos los entrevistados, tanto de la primera fase de la investigación como de la más reciente, señalan que el aumento de usuarios en el último tiempo ha sido considerable. E2, E4 y E5 coincidían en que “ha aumentado de forma exponencial”, y algunos se arriesgaban a precisar el tamaño de ese acrecentamiento. Si bien E2 afirmaba que “los beneficiarios de determinadas prestaciones sociales se ha[n] llegado a multiplicar por 7 [...]”, E4 aportaba porcentajes más concretos y aseguraba que, en su centro, “en el año 2012, [...] el número de expedientes nuevos abiertos se incrementó en un 30%”. En esta línea, es interesante el dato aproximado que aporta E12, al señalar que, en el centro donde desarrolla su actividad, en diez años se han abierto cerca de 4.000 nuevos expedientes, si bien no todos se encuentran activos.

Todos los entrevistados ponen en evidencia el aumento de usuarios, y algunos se refieren también a otros indicadores. E1 mencionaba el aumento de “la complejidad de la demanda”, y E5 se adelantaba a la siguiente pregunta al afirmar que “ha aumentado no sólo el número, sino los perfiles”. En cualquier caso, lo relevante no es tanto la precisión del aumento, sino la percepción que tienen los trabajadores sociales sobre él, pues, desde su punto de vista, se traduce automáticamente en mayor carga de trabajo.

En lo que respecta a las características de los usuarios, todos los entrevistados distinguían y siguen distinguiendo “los colectivos tradicionales”, la “población clásica”, los “colectivos de antes” o los “colectivos anteriores” de los nuevos colectivos. No importa tanto el calificativo que le otorgan, sino la distinción entre los usuarios habituales de servicios sociales y los nuevos usuarios del sistema.

Asimismo afirmaban la existencia de este emergente grupo que, o bien era nuevo completamente en los servicios sociales o, como señalaba E2, acudía “de forma muy esporádica”. En la misma línea opinaba E9 al decir que eran habitualmente “personas o que no habían tenido relación con servicios sociales, o que, si la habían tenido, ésta había sido muy puntual”, y que además, tal y como afirmaba E7, “llegan a estar en un punto de exclusión social, de riesgo de exclusión social grave”.

Estos dos grupos de usuarios atendidos por los servicios sociales se han mantenido en el tiempo, y así lo ponen de manifiesto los recientes entrevistados. En relación con los colectivos tradicionales de servicios sociales, es interesante señalar que ahora se encuentran en “una situación de mayor precariedad que la anterior, porque ahora hay mayor competencia, incluso para el acceso a servicios sociales” (E11).

Respecto a estos nuevos usuarios, aun habiendo diferentes opiniones al respecto, se trata sólo de pequeños matices, puesto que todos señalan el empleo como factor clave en la aparición de este colectivo. En este sentido, el desempleo, y más concretamente, el desempleo de larga duración, continúa siendo en 2016 el motivo de llegada de los nuevos usuarios, o mejor dicho, la razón por la que estos colectivos emergentes siguen siendo atendidos en los centros.

Lo interesante es que los usuarios de hoy en día presentan características distintas a los ‘clásicos usuarios’:

Hasta hace cinco años más o menos, que sería el 2008, [...] había un tipo de usuario o un perfil de usuario en el que se daban dos características: [...] un problema económico [y] un problema de carácter personal/social que le impedía llevar una vida autónoma, organizada y propia (E5).

Como varios de los informantes señalaban, entre ellos, E9, “[su] único problema es el económico”, porque en otras áreas no presentan debilidades; añadía que “tienen todos los hábitos, saben buscar empleo, se organizan bien en casa..., pero se han quedado sin dinero”. Aunque es la ausencia de ingresos el denominador común entre los ‘clásicos’ y los ‘nuevos’ usuarios, estos últimos “no necesitan un plan de intervención, [...] no hace falta un trabajador social”.

Esta misma percepción la tienen los nuevos trabajadores sociales entrevistados: la carencia de ingresos, como consecuencia evidente de la falta de un empleo y de protección social, supone la puerta de entrada al sistema de servicios sociales. Sin embargo, también observan otro tipo de características, como un “deterioro personal y emocional muy importante” (E11).

Otra diferencia palpable entre ambos momentos de la investigación y, evidentemente, entre los usuarios de uno y otro, se refiere a la información. Los recientes entrevistados señalan que parte de los usuarios que llegan hoy en día a sus centros están más informados, ya no tanto sobre el propio sistema de servicios sociales o sobre el centro⁷, sino más

⁷ “Mucha gente viene derivada del Inaem y vienen con la idea de que es otro ente de la Administración [...], con la idea de ‘vengo a presentar aquí mi subsidio...’. Entonces le explicas que es otro mundo, que la valoración es de otra manera, y eso a veces causa per-

bien sobre las prestaciones y recursos que desde ahí se ofrecen, bien porque han buscado ellos mismos información al respecto⁸, o bien por el boca a boca⁹. Además, también puede tratarse de “un perfil de ciudadanos conocedores de derechos que tienen” (E12), situación que, como estos profesionales remarcan, modifica la relación entre el trabajador social y el usuario, que pasa de ser jerárquica a presentar un equilibrio entre ambas posiciones.

También se constata que los servicios sociales estaban “acostumbrados a un determinado perfil de personas que tenían ciertos déficits y [...] lo que hacía[n] era intentar que desarrollaran habilidades para que esos déficits desaparecieran...” (E9).

En cuanto a las demandas de los usuarios, E1 y E2 coincidían en que se estaba produciendo un cambio en la priorización de las necesidades, de modo se intervenía con el fin de cubrir necesidades de subsistencia. Así pues, se estaba relegando el trabajo social realizado hasta el momento, que “ha quedado reducid[o] a su mínima expresión” (E2).

Varios de los entrevistados daban un listado de las cuatro principales necesidades y, observando los datos, por lo general las ayudas económicas dirigidas a cubrir las necesidades básicas¹⁰ se encontraban en primer lugar. Entre ellas, los problemas de vivienda cobraban una importancia cada vez mayor: “el mantenimiento de la vivienda está siendo el principal problema de las personas en situación de desempleo o aquejadas por la crisis” (E5).

Lo que resulta relevante señalar es que casi todos ellos observaban un cambio en el tipo de intervención que antes brindaban los servicios sociales. De este modo, no se actuaba de manera integral, sino tratando de remediar tan sólo algunos de los déficits que presentaban los usuarios, al intervenir únicamente sobre la ausencia de ingresos, que, tal como se ha señalado, era y es el denominador común entre los usuarios nuevos y los tradicionales.

Una opinión similar mantienen los nuevos entrevistados y, concretamente, señalan que el tipo de demandas ahora son económicas:

En el centro de servicios sociales, la gente acude por la oferta que ellos entienden que hay... [...] un pequeño grupo que es por problemática de menores...; está el grueso de gente mayor, que

plejidad..., porque la gente viene con la idea de ‘ahora me toca este subsidio’” (E10).

⁸ “Otra gente, mucha gente, cada vez más gente está buscando por internet información, entonces vienen... Pero internet no te da la información tal cual, no te prepara para lo que es ir al centro de servicios sociales” (E10).

⁹ “Otra gente viene... ‘me he enterado’, ‘mi vecina cobra ayuda, me ha dicho ‘pásate a ver que hay’, ¿no?...’” (E10).

¹⁰ Para mayor información, véase <http://www.aragon.es/DepartamentosOrganismosPublicos/OOAA/IASS/Inicio/AreasActividad/ServiciosSociales/ci.ssgrales_seccion_09_ayudas_urgencia.deta-llelnaem>.

es por dependencia, prestaciones; y el resto de gente siempre es por una demanda económica. Siempre. Que antes era más otra población, y ahora es también población normalizada... (E10).

Entre las ayudas de urgente necesidad, se ha constatado un aumento en aquellas destinadas a cubrir gastos de hipoteca: “en general, las personas que tradicionalmente se atendían en servicios sociales no optaban a hipotecas, y en estos momentos sí que nos encontramos con más ayudas de esas características” (E11).

En relación con las consecuencias en los servicios sociales de los recortes en otros sistemas de bienestar, todos señalaban cómo estaban afectando de manera preocupante en la intervención de los servicios sociales, ya que cuando no existe protección por parte de alguno de los sistemas, el usuario acude inmediatamente a servicios sociales, por ser “la última red de protección” (E1). De este modo, se observaba una saturación de los servicios, incapaces de resolver las demandas recibidas, unida a unos recortes que aumentaban progresivamente también en esta área: “la paradoja es que en los servicios sociales también está habiendo recortes directa [más requisitos para acceder a determinados programas] o indirectamente [más tiempo en resolver solicitudes de determinados programas]” (E3).

En cualquier caso, los servicios sociales estaban cubriendo déficits propios de otras áreas, principalmente “la retirada de la asistencia sanitaria a extranjeros sin permiso de residencia [y] el recorte en becas de comedor escolar, material, etc.” (E2). Sin embargo, los entrevistados en 2016 ponen el foco en los cambios en el sistema de adjudicación de las becas educativas, con recortes en la cobertura que recaen en los servicios sociales¹¹. Si bien dicen que posiblemente los recortes se han frenado, los requisitos de acceso a las becas se han endurecido, de modo que dejan grupos de población que, pese a contar con pocos recursos, no pueden acceder a una beca escolar.

Por otra parte, en el área de vivienda se han conseguido claros avances, y así lo manifiestan los profesionales. Inicialmente, fueron plataformas o movimientos sociales, como Stop Desahucios, quienes demandaron y consiguieron algunos cambios legales (código de buenas prácticas de los bancos, por ejemplo), y posteriormente se han visto modificaciones sustanciales por parte de las Administraciones, como el caso del Ayuntamiento de Zaragoza, que ha puesto en marcha un programa de mediación en deuda hipotecaria a partir de Zaragoza Vivienda.

Sin embargo, a pesar de estos tímidos avances, se está obligando a que los servicios sociales

intenten solucionar un problema que es del propio sistema..., es decir, cuando todo se tambalea, ahora, tienen que salir al rescate los servicios sociales [...]. Que lo que no cubre ningún sistema de protección del Estado del bienestar, lo cubran los servicios sociales, [que han sido] pensados para una población marginal (E8).

En este sentido, no podemos olvidar que “la respuesta a la crisis no está en los servicios sociales” (E4).

4.2. Capacidad de respuesta de los servicios sociales a las demandas actuales

Este apartado aborda la atención dispensada (tiempos de atención y espera, recursos) y el papel desempeñado por las iniciativas comunitarias y entidades privadas, así como la coordinación entre éstas y los servicios sociales generales. También busca conocer la valoración sobre la atención prestada, así como sobre la actuación de la Administración, en el ámbito de los servicios sociales.

En cuanto al tiempo dedicado a la atención de cada usuario, los entrevistados coincidían en que era “absolutamente insuficiente” (E2), “lo que hace que el estrés esté asegurado en nuestro quehacer cotidiano” (E3). Esta situación se debía al aumento de la demanda¹², pero también a la carencia de recursos humanos suficientes para hacerle frente¹³. Todo ello se une al plan de choque puesto en marcha por el Ayuntamiento de Zaragoza para tratar de hacer frente al colapso de los servicios sociales:

Se nos inventaron [...] un ‘plan de choque’ que consistía en que nuestras citas tienen que ser de veinte minutos... Entenderéis que intervención social, realmente, en veinte minutos puedes hacer muy poca, porque simplemente contextualizas un poco [...] la situación de esa persona, qué es lo que necesita administrativamente [...]. Puedes intentar hacer una atención lo más correcta posible, pero no es intervención social, es otra cosa (E11).

Hay profesionales que efectivamente cumplen la directriz marcada, pero

trabajar así significa: ‘¿qué quiere usted?’, ‘una ayuda de luz’, ‘deme los papeles...’, la tramito y ya está. La gente, entre la que yo me considero, que tenemos muy claro lo que es la trabajadora social, es imposible atender a nadie en veinte minutos... ¿Qué es lo que pasa? Que para hacer esa atención, mínimamente digna, no voy a decir

¹² “El número de familias te ha aumentado, y donde antes tenías que trabajar con veinte, ahora tienes que trabajar con cien” (E6).

¹³ “En este momento no se cubren bajas, no se cubren excedencias, la demanda se ha multiplicado y estamos los mismos, con lo cual, pues la atención es cada vez peor, es así” (E7).

¹¹ Para más información, véase D. L. G. (2016).

que sea perfecta..., es... a costa de un desgaste personal muy grande... (E10).

A pesar de que todos coincidían en que debía primar la calidad del servicio, sus respuestas variaban. De este modo, E4 explicaba que intentaba llevar a cabo “una intervención cualitativa que, aunque sea en pocos minutos, no olvide los aspectos emocionales y relacionales de las personas”. E1 explicaba que el aumento de la demanda la había obligado a priorizar la atención del mayor número posible de casos, “en detrimento, lógicamente, de la calidad de la intervención”. No obstante, explicaba su descontento con la situación, manifestando que esta decisión la hacía muchas veces “ir a casa cabizbaja”.

Aunque la atención de veinte minutos sigue estipulada, se están produciendo pequeños cambios organizacionales:

“Desde el cambio de Gobierno¹⁴ [...], se está trabajando [...] en [...] la estructura de servicios sociales comunitarios, [...] de una forma participativa, para intentar que se trabaje por programas, [...] Pero por el momento, no ha habido cambios efectivos” (E11).

Además de estos problemas organizativos, los profesionales también evidencian cómo, en ocasiones, tienen que poner en valor su propia profesión en aspectos relativos a la atención y al tiempo que le dedican:

Cuando hablas estas cosas, hay quien... entiende y hay quien no. Por ejemplo..., nuestro trabajo es muy ingrato, porque..., en mi propio centro, los administrativos no entienden para qué queremos tiempo después. O sea..., la idea es que tú estás atendiendo y estás sacando el trabajo... que después, como... hace poco una técnico auxiliar dijo..., ‘pero luego, después, ¿para qué quieren el tiempo las trabajadoras sociales...? Entonces, sientes impotencia, pero es que nadie entiende cómo funciona esto..., que la gente se debe de pensar que la gente entra, le das a un botón... y ya están las cosas hechas... Y ni siquiera las ayudas son fáciles de tramitar (E10).

Como se ha señalado, los profesionales eran y son totalmente conscientes de que la calidad en la atención a los usuarios de servicios sociales “tendría que ser un parámetro a tener muy en cuenta”, como señalaba E2, y que “la mayor parte de los casos atendidos requerirían de más tiempo tanto de atención directa como de reflexión posterior sobre el plan de intervención a seguir” (E3).

En relación con la suficiencia de los recursos frente a las demandas, cuatro de los primeros entrevistados manifestaban que no se estaban

destinando suficientes recursos para la atención adecuada a las demandas realizadas. Como ejemplo, E3 señalaba que “sí se echan de menos recursos a nivel formativo-laboral, y se nota que han ido a menos, especialmente con la crisis (recortes de servicio de orientación laboral, oferta de proyectos de cualificación profesional, etc., etc.)”. Por su parte, E6 opinaba que, en áreas como vivienda, “sí que están poniendo en marcha, ahora la DGA [Diputación General de Aragón] la red de bolsas de vivienda de alquiler social y tal. También están las ayudas de inquilinos”, pero consideraba que otros recursos eran insuficientes, como el ingreso aragonés de inserción, que “hoy por hoy, está mal”. Esta última situación, sin embargo, se ha visto mejorada sustancialmente a partir del cambio de Gobierno autonómico¹⁵, como ponían de manifiesto los recientes entrevistados.

No obstante, varios de los entrevistados iniciales, así como los tres profesionales entrevistados posteriormente, coincidían en que, más allá de los recursos, existía un déficit en la organización del propio sistema, siendo “muy inadecuada la organización actual de los servicios sociales” (E2). En este sentido, la solución “no sería tanto crear muchos recursos más, sino que funcionen bien los que existen”, como apuntaba E3 o en el momento actual E11: “porque a lo mejor lo que necesitaríamos es que cada uno de esos recursos funcionase, o de esos sistemas funcionase como tendría que funcionar”. Por otra parte, la falta de coordinación entre Administraciones repercutía en que el Ayuntamiento de Zaragoza asumiera indirectamente los recortes del Gobierno de Aragón: “el Gobierno de Aragón recorta becas, ¿la persona que hace? Como no puede, compra los libros de los críos y luego no tiene o para comer o para pagar la luz. ¿Dónde va? Al Ayuntamiento. El Ayuntamiento está pagando indirectamente el recorte de la DGA” (E5).

En cuanto a la pregunta sobre qué haría falta para una buena atención, E5 defendía que, en primer lugar, sería urgente un aumento de los recursos: “es que [se] está destinando calderilla, hay que destinar más. Es así. En tiempos de crisis hay que dedicar más. Cuando no hay crisis, es cuando no hace falta, porque la gente se busca la vida”. Por otro lado, tal y como señalaba E1, la prioridad era agilizar los servicios: “las prestaciones y servicios deben ser lo más ágiles posibles y adecuarse tanto las cuantías como los tiempos a las necesidades existentes, a la realidad actual”. Además, para el E5, era importante adaptar la respuesta a las demandas actuales de los ciudadanos: “en tiempo de crisis, las administraciones públicas tienen que priorizar al ciudadano y tienen que conocer cuál es la realidad y hacer frente a las necesidades que tenemos los ciudadanos”.

¹⁴ Como resultado de las elecciones municipales de mayo de 2015, el Ayuntamiento de Zaragoza pasó de manos del PSOE a las de Zaragoza en Común.

¹⁵ Como resultado de las elecciones autonómicas de mayo de 2015 el Gobierno de Aragón pasó de manos del PP a manos del PSOE (en coalición con CHA).

Para conseguir estos objetivos, los trabajadores sociales consultados planteaban diversas respuestas. En primer lugar, según los profesionales, era necesaria una reflexión previa: “sería necesaria una visión estratégica. ¿Qué es lo que queremos que hagan los servicios sociales?: ¿un repartidero de ayudas?, ¿o tendrían que situarse en ese territorio que sobrepasa lo individual para buscar lo colectivo, el apoyo social?” (E4). Por otra parte, E3 manifestaba la necesidad de “modificar la ‘atención a demanda’ hacia la ‘atención a nivel integral’ [...], planteando los recursos como herramienta, como medios, no como fin, lo que daría más calidez y calidad a dicha atención/intervención”.

En cuanto a la búsqueda de lo colectivo y del apoyo social, podría llevarse a cabo mediante “planes de acción coordinados entre instituciones del ámbito social, el empleo, la sanidad, educación, vivienda” (E1). Además, E1 manifestaba otros dos elementos claves para la mejora de la atención: la mejora de la coordinación entre profesionales, de manera que éstos no siguieran “trabajando aislados”, así como el aumento de la iniciativa —“no podemos seguir siendo reactivos”—.

Por su parte, los recientes entrevistados también aportan alguna propuesta de mejora interesante al respecto, como por ejemplo:

Haría falta una comprensión de esto, haría falta más personal, si no hay más personal, lógicamente los centros se colapsan... [...]. Haría falta que todos los trabajadores sociales fuéramos a una, porque hay gente que... tiene muy claro lo que es la profesión y que da igual que te pongan con la aplicación informática que con las ayudas, sabe lo que tiene que hacer; y hay gente que se pliega a este sistema, unas veces por... —a mi modo de ver— negligencia, y otras, por supervivencia, porque hay centros municipales que me consta que no es que sean negligentes, es que no pueden hacer más (E10).

En lo relativo a tiempos de espera, todos los profesionales manifestaban lo “clarísimamente excesivo” (E2) del tiempo de espera que los usuarios de servicios sociales municipales debían sufrir para ser atendidos. Esta situación, según varios entrevistados, es “una vergüenza” que “lamentablemente vamos normalizando” (E5).

La solución planteada por la Administración para descongestionar las listas de espera había sido una reducción en la duración de las citas con los usuarios, el ya nombrado ‘plan de choque’, lo que, según E1, estaba resultando insuficiente: “se agiliza temporalmente cuando nos exigen atender en veinte minutos, pero como la demanda sigue creciendo, dicha actuación ya está bloqueada”. Sin embargo, estas medidas no han tenido los efectos deseados, pues al no reforzar el personal los centros y producirse numerosas bajas, las agendas de los profesionales se han visto bloqueadas:

Yo creo que más o menos... Ha habido como momentos de empujón, porque, por ejemplo, con el plan de choque ha habido unos momentos en los que, a lo mejor, ha podido ir un poquito más rápido en las primeras citas o en las primeras atenciones. Pero lo que pasa es que, si no se ha aumentado el número de personas que atiende, eso lo que ha llevado en algunos centros es a situaciones de bloqueo, o sea, a llevarnos al escenario opuesto, en el sentido de que ha habido compañeras que han tenido que cogerse bajas, bajas de larga duración, con lo cual las agendas se han distorsionado de una manera tremenda. Porque claro, lo que se hace es reubicar a esos usuarios en las agendas de otras compañeras, con la siguiente sobrecarga, y eso puede hacernos un efecto cascada (E11).

Por otra parte, cabe señalar la aportación que realiza el mismo entrevistado al señalar cómo la situación varía enormemente de un barrio a otro:

Es que ahí hay una variabilidad terrorífica en función del barrio. Que eso es algo que también se supone que se está trabajando para que no sea así, pero hay una diferencia abismal entre unos barrios que podemos encontrarnos con una espera..., yo creo que los últimos datos que estaban dando era de 22 días hábiles de tiempo de espera para una primera cita, hasta otros centros que puedes ser en una semana. O sea, 22 días hábiles quiere decir más de un mes. Entonces, claro, hay una diferencia bastante considerable... (E11).

Para mejorar esta situación, como ya apuntaba en su día E6, es necesario “invertir en recursos humanos, [porque] los que estamos ya no damos más de sí”.

A los entrevistados se les pidió que evaluaran el funcionamiento del sistema de prestaciones y las respuestas de las administraciones ante la nueva situación; en este sentido, hay que diferenciar claramente las dos fases de la investigación. Inicialmente, todos coincidían en la denuncia de la mala gestión, concretamente del ingreso aragonés de inserción (IAI), que la administración pública estaba llevando a cabo: “en cuanto al IAI, la actuación de la Administración es absolutamente vergonzosa y obstructiva” (E2). Todos ponían el foco en lo inadmisibles de los plazos de espera que debían sufrir los usuarios, “varios meses, cuando en teoría es un programa [pensado] como ‘última opción’, cuando ya se han agotado los de otros sistemas (empleo...)” (E3).

Por su parte, varios profesionales iban un poco más allá en la denuncia de este hecho, señalando en algunos casos cómo se estaba produciendo un auténtico incumplimiento de la ley, tanto por parte del Ayuntamiento de Zaragoza como del Gobierno de Aragón: “el IAI tiene un mes de concesión por ley y está tardando hasta doce meses. Por tanto, están cometiendo una irregularidad” (E5).

Además del referido a los plazos en la espera, también existía un incumplimiento en cuanto a la falta de información a los ciudadanos sobre el recorte en las ayudas de urgencia: “la modificación de las AU [ayudas de urgente necesidad] fue por circular interna... Es que ahora son cuatro ayudas. ¿Dónde lo pone? Es que ha habido una circular interna..., pues a reclamar, porque en la ordenanza municipal no pone eso” (E8). Además preveían la inminente reforma del ingreso aragonés de inserción, lo que haría empeorar la situación, tal y como algunos vaticinaban: “lo que viene es una reforma del decreto del IAI, con lo cual mucha gente se queda fuera” (E7).

En cuanto a la gestión pública de las ayudas de urgencia, existía mayor disparidad de opiniones. De este modo, mientras que E4 defendía que la Administración actuaba de manera similar que con el ingreso aragonés de inserción, E2 y E3 consideraban, respectivamente, que “aun siendo un período poco ágil, ha ido mejorando” y que “se han ido poniendo en marcha medidas que han disminuido el tiempo de resolución, que aún sería susceptible de mejorar”.

Transcurridos más de dos años desde la investigación inicial, y con cambios en los Gobiernos autonómico y local, la situación respecto a la concesión de las prestaciones ha cambiado, como ya se ha puesto de manifiesto a lo largo de este análisis. En cuanto a las ayudas de urgencia, de competencia municipal, “el Ayuntamiento ha hecho un esfuerzo muy grande para acortar los tiempos de espera en las ayudas de urgencia, y las ayudas de alimentación están llegando casi a la semana, o sea, yo creo que está genial” (E4). Esta mejora no sólo es fruto del cambio de Gobierno local, ya que “empezó antes” (E10). Por el contrario, en lo relativo al ingreso aragonés de inserción, el cambio de Gobierno autonómico ha sido crucial para desatascar la situación de colapso que llevaban las solicitudes:

El tema de los IAIs, pues sí que, coincidiendo con el cambio político (ahí sí que ha habido coincidencia), lo que os decía de retrasos de nueve meses a un año para una solicitud nueva, [ahora ha pasado] a dos o tres meses. Antes, [en] las renovaciones generalmente nadie se queda[ba] sin cobrar...; hubo un par de años que [estuvieron] tres cuatro meses sin cobrar” (E10).

En referencia a las respuestas de servicios sociales ante las nuevas necesidades y la idoneidad de éstas, todos los entrevistados coincidían en que era insuficiente: “si estamos diciendo que la demanda, a raíz de la crisis, aumenta, las respuestas tendrían que aumentarse, y es todo lo contrario lo que se está haciendo” (E6). Coincidían además en que las respuestas no se adaptaban a los cambios: “estamos actuando con medicamentos viejos para necesidades nuevas” (E5). Eran, por tanto, “estereotipadas y burocráticas, y no hay innovación ni intentos de adaptarse en ningún sentido” (E2).

Por su parte, E5 explicaba que los únicos intentos de adaptación provenían del esfuerzo individual de los profesionales: “lo nuevo [...] que se esté haciendo es porque cada profesional se busca la vida en atención más personal, más psicológica, motivación, etc. [...]. [Respecto a] las prestaciones sociales o las ayudas sociales para hacer frente a la crisis, no hay ninguna nueva, nada, nada”. Por todo ello, algunos incidían en la importancia de realizar intervenciones más integrales, “planes entre áreas, por ejemplo, vivienda y servicios sociales, empleo y servicios sociales; coordinación exquisita entre Gobierno de Aragón y, en este caso, Ayuntamiento de Zaragoza” (E1).

En esta segunda etapa de la investigación, los profesionales coinciden en que las respuestas siguen sin ser adecuadas: “lo que atendemos es la urgencia, y sigue siendo muy asistencialista, por mucho que se pretenda hacer otra cosa” (E11). Por su parte, E12 afirma: “estamos haciendo un trabajo de bombero..., de apagar fuego”. No se trataría tanto de un problema de falta de recursos económicos del sistema¹⁶, sino de un replanteamiento de las respuestas.

Para ello, en primer lugar, sería necesario más tiempo para detectar necesidades: “no tenemos el tiempo suficiente para poder hacer diagnósticos buenos, [y] se nos pueden escapar situaciones que están latentes. Un tema relacional de padres a hijos, que la crisis genera ansiedad, que la ansiedad la pueden pagar los hijos, todas esas cosas. [...] Hace falta tiempo de conexión personal” (E12). Aun así, se mantiene el esfuerzo por identificar esas situaciones, “sí que tratas de ver si hay [...] otro tipo de necesidades, otro tipo de situaciones, pero en estos momentos estamos tan desbordados que no se puede trabajar mucho más” (E11).

Ante la pregunta de la posible proliferación de iniciativas por parte de la comunidad —asociaciones de madres y padres de alumnos (AMPAS), asociaciones de vecinos, de inmigrantes—, en la primera investigación coincidían en que sí se estaba produciendo:

[Las] asociaciones de vecinos [están trabajando en] un tema muy interesante sobre vivienda infrutilizada (no ocupada) y la posibilidad de revertirla a la ciudadanía. Observo cómo las AMPAS se han unido y están ofreciendo materiales de otros años (libros, etc.) a otras familias [...]. Se están generando redes de apoyo mutuo entre personas que hacen de canguro, recogen a niños, etc. (E1).

No obstante, estas iniciativas presentaban tres características. Por una parte, la falta de capacidad económica, que las obligaba a “innovar con muy pocos medios” (E2). Por otra parte, según E4,

¹⁶ “Yo, para mí, en cuento a tiempo y en cuanto a dinero que se dedica, yo no tengo queja, yo creo que no podemos decir que se nos restringe nada” (E10).

“no tienden a la autoorganización [...] y la participación de los afectados, sino que son de corte asistencialista (especialmente los proyectos de recogida y reparto de alimentos)”. Por último, habrían surgido únicamente por la escasez de respuestas de la Administración, algo que no debería suceder:

Los bancos de libros, por ejemplo [...] es algo que ecológicamente [y] desde el punto de vista del consumo es mucho mejor, pero ha venido propiciado por la crisis y no por la conciencia ecológica [...]. Tendría que ser expresión de solidaridad, de vecindad..., pero no porque la Administración no lo haga (E5).

Además, se destacaban las iniciativas desarrolladas por los propios profesionales, como el Espacio de Información, Promoción y Defensa de los Derechos Sociales¹⁷.

Casi tres años más tarde, las iniciativas vecinales siguen desarrollándose: “el apoyo mutuo en la mayoría de los barrios de Zaragoza sí que funciona [...], sí que esa cultura de barrio sigue existiendo” (E11). No obstante, su presencia y actividad varía entre los distintos barrios de la ciudad. Así, mientras que E10 explica la existencia de un movimiento vecinal con una larga trayectoria, E12 señala únicamente ciertas iniciativas puntuales: “en los institutos sí que hicieron, y en algún colegio, como un mercadillo de libros de segunda mano, [...] cosas muy concretas en momentos muy determinados [...]. Pero más, no”. Además, parece que en los últimos años las iniciativas ya existentes han continuado, pero no han aparecido otras nuevas: “las asociaciones de padres que guardaban [los libros] de un año para otro [...], pues, eso ahora, en vez de ser para dos familias solamente, ahora es para cincuenta familias. [...] Quiero decir que era un recurso que ya existía y [...] ha ido ampliándose, porque la demanda ha ido creciendo” (E11).

Sobre el papel de las entidades privadas en la acción social como posible complemento de los ‘vacíos’ del sistema, la mayor parte de los entrevistados afirmaban en la primera investigación que las entidades de acción social completaban la acción de los servicios sociales públicos, “pero no se les puede exigir que cumplan lo que la Administración, por ley, debería cubrir” (E6).

Sin embargo, algunos entrevistados expresaban que en ocasiones se generaban duplicidades, “como las que se dan en la actualidad [en alimentos, por ejemplo]”, mientras que existía “carencia/ insuficiencia de otros [gastos sanitarios, formación, empleo]”, lo que generaba “descontrol y que haya

que hacer además un extraordinario esfuerzo de coordinación por parte de todos” (E2).

En esta segunda etapa, las percepciones de los profesionales entrevistados coinciden en gran medida con las recogidas previamente. En primer lugar, señalan la importantísima labor de algunas entidades privadas, especialmente Cáritas, que “ha soportado en época de crisis, de fuerte crisis digo, porcentualmente, mucho más que la Administración [...]. A mí me parece que, sin ellos, no hubiera sido posible” (E12). Coincide en ello E11: “evidentemente Cáritas y El Refugio, fundamentalmente, son la otra gran pata de servicios sociales en nuestra ciudad en estos momentos”.

No obstante y coincidiendo con las opiniones manifestadas en la primera fase, expresan que pueden generarse duplicidades en los servicios, con dos consecuencias. Por un lado, la posibilidad de que los usuarios ‘acumulen’ ayudas concedidas por distintas entidades, “no con ánimo de acopio, sino, pues bueno, ‘nos organizamos, [y] cuantos más recursos haya, mejor’” (E10), lo que puntualmente puede dar lugar “a cosas muy curiosas, como trueques, como vendo esto, como...”, tratándose, no obstante, de casos muy aislados, ya que “la mayor parte de la gente huye de eso”. Por otro lado, esta duplicidad estaría generando situaciones de sobrecarga, no sólo de los profesionales, sino de los propios usuarios:

Si una persona está acudiendo a un servicio de empleo como el de Zaragoza Incluye, pues el hecho de que vaya a Cáritas a solicitar una ayuda de alimentación y también lo incluyan en su servicio de empleo [...], de alguna manera, a la persona también la estás sobrecargado en unos aspectos que a lo mejor no son necesarios (E11).

En cualquier caso, todos coinciden en que las acciones de entidades privadas nunca deberían sustituir a las realizadas por la Administración: “a mí lo que me molesta es si intuyo que la Administración quiere dejar de hacer cosas delegando en las entidades sociales” (E10).

En cuanto a la coordinación entre servicios sociales generales y entidades privadas de acción social, la mayoría de los entrevistados en la primera investigación afirmaban que sí se producía: “sí que hay una coordinación real, [...] es muy buena, de hecho, yo creo que lo que salva a los servicios sociales es la buena coordinación que hay” (E8). No obstante, E3 explicaba que se trataba de una coordinación “más informal que formal, y [que] no siempre [se producía]”. Siguiendo esta línea, varios entrevistados exponían que dicha coordinación se producía únicamente por el esfuerzo y voluntad de los profesionales: “existen coordinaciones personales, profesionales, pero [...] basadas en la relación que tú estableces con ese compañero o compañera que trabaja en la zona” (E5). En este sentido, la coordinación distaba mucho del ideal,

¹⁷ Se trata de un espacio comunitario formado por “personas preocupadas y afectadas por la vulneración reiterada en el acceso y la prestación de servicios sociales reconocidos como derechos sociales”. Para más información, véase <<http://espacioderectos.blogspot.com>>.

en opinión de varios entrevistados, incluyendo los pertenecientes a Cáritas. E9 afirmaba: “yo entiendo que coordinación es que todas las partes nos ponemos a trabajar en un plan común [...]. Pero eso no se puede poner en marcha, [...] y lo que hacemos es ir sumando ayudas”. En aquel momento, la coordinación se encontraba, además, “muy centrada en el ‘reparto’ de la cobertura de las necesidades básicas” (E2).

Tres años más tarde, los profesionales manifiestan la existencia de distintos grados de coordinación con Cáritas, dependiendo del área de la ciudad:

Es mucho más complicado coordinarse [...] si estamos hablando de una zona en la que haya diez parroquias donde se atiende a una zona donde sólo haya dos. Porque entonces puedes hacer reuniones [...] una vez al mes, o cada dos meses, [...] porque puede haber derivaciones en ambos sentidos (E10).

También señalan que generalmente la coordinación es mejor en los barrios donde el Ayuntamiento desarrolla sus planes integrales, sobre todo en el ámbito de inserción laboral, educación de adultos o vivienda (Zaragoza Vivienda). Sin embargo, en los barrios donde no se implementan dichos planes, no existen canales de comunicación y coordinación tan estructurados, ni con entidades privadas, ni con otros sistemas, pudiendo existir “en algunos momentos reuniones macroárea, en los que sí puede haber cierta coordinación con algunos servicios, pero en cuanto a seguimiento de casos y todo esto, no” (E11).

En cualquier caso, la coordinación ha ido mejorando en los últimos años, como defiende E10: “sí..., hemos ido haciendo..., claro, hemos ido haciendo un camino, entonces sí que ahí vamos avanzando”. Ello ha mejorado la atención a los usuarios:

Hemos tenido muy buena experiencia cuando en estos casos de tanto tiempo de estar en el IAI..., 8 meses, de coordinarlos para sujetar a la familia, venga pues yo este mes intento pagar el alquiler por ejemplo, y vosotros el mes que viene... no duplicar ayudas para posibilitar que la familia más, mejor atendida... (E11).

Por último, al preguntar si se estaban desatendiendo otras necesidades, casi todos respondían afirmativa y rotundamente. E5 explicaba que se estaba “intentando contener la situación con las ayudas de urgencia, con las ayudas para alquileres y las ayudas para alimentación, principalmente”. De este modo, “la presión del día a día y de la agenda [hace que] no nos detengamos lo suficiente para crear un buen espacio para la relación de ayuda” (E1), situación que afectaba a los usuarios “para el tema de motivación, para el tema emocional, para el tema de la formación, del reciclaje...” (E5).

Además, las circunstancias repercutían en el desarrollo profesional de los trabajadores sociales:

Se pierde la visión integral de la persona. Una persona es mucho más que los ingresos que tiene. Es sus emociones, su sentido vital, su proyecto, el vacío al que se asoma cada mañana cuando no ve un futuro, el control sobre su vida. En ese sentido, creo que atender a estos aspectos es, en muchos momentos, tan importante como garantizar el pago del alquiler (E4).

Según la información recogida para esta segunda investigación, no parece que la situación haya cambiado. Como explica E12, las ayudas económicas siguen siendo muy necesarias, pero resultan insuficientes: “cuando una persona está teniendo necesidad de comida, no puedes plantearte otras historias [...]. Pero a la vez, puedes [...] generar otro tipo de respuestas a otras necesidades que pueda haber”.

Cabe destacar que en estos años, a pesar de las dificultades, se han ido detectando nuevas necesidades, derivadas fundamentalmente de los desempleos de larga duración, haciéndose visibles situaciones que se encontraban, de alguna manera, ocultas en familias aparentemente normalizadas:

Mucha gente tenía otros problemas, [pero] más o menos se sujetaban, porque había trabajo, y el trabajo y el dinero tapa mucho. Cuando eso falla, se desmoronan relaciones familiares, surgen temas que a lo mejor no habían surgido, [por ejemplo] el tema del consumo de tóxicos (E10).

Muchas de estas necesidades derivan del desgaste (emocional, anímico, relacional) provocado por la situación prolongada de desempleo:

Ha habido gente que se ha pegado cinco años en paro, hasta que ha enganchado con algo..., pues eso es pasar por todas las fases. También hay una fase de resignación, y también ahí hay una fase de acompañar eso [...], favorecer que la otra persona no pierda la esperanza y que siga activo y siga esperando que pueda cambiar algo. Es que es lo que hay, porque ni está en su mano, ni está en la mía (E10).

A todo ello se añade que también se han ido dejando de lado otros aspectos “más sociales y más de dinamización comunitaria” (E11).

Los entrevistados achacan estas carencias a la falta de tiempo, que se traduce en dos situaciones. Por un lado, el aplazamiento de la atención de necesidades menos urgentes:

Hay unas prioridades imperiosas [...], por lo cual, estas otras cosas que te gustaría hacer o a las que te gustaría llegar, generalmente, se quedan [...] para cuando podamos, y ese ‘cuando podamos’ generalmente es difícil que llegue en estas circunstancias (E11).

Por otro, el aplazamiento de sus propias necesidades formativas como profesionales, para adquirir nuevas

herramientas, al estar las actuales “desfasadas, desfasadas completamente”, como señala E12, que añade:

De repente..., orienta..., o logra itinerarios de inserción a [...] esa mujer que ha acabado Trabajo Social..., que la diferencia es que ella no tiene trabajo, y yo sí. ¿Cómo lo hago? Tampoco han dejado tiempo de formación..., porque... también la tenemos limitada en el trabajo, porque claro, si tienes que estar atendiendo...

4.3. Valoración global y propuestas

En este apartado, se presenta la valoración global de los entrevistados sobre la situación de servicios sociales.

Aunque no había consenso en la primera fase, cabe señalar que varios entrevistados señalaban la insuficiencia de recursos como uno de los principales problemas de los servicios sociales. E4 hablaba de “colapso” y “falta de recursos”; E3 especificaba que hay “escasez secular de recursos humanos y económicos”; y E1 hacía referencia a que “no existe dotación personal suficiente [...] para hacer frente con garantías y con corrección a la situación actual”.

Otro punto destacable son las dificultades organizativas o de planificación. E4 afirmaba que “falta [...] orientación y sentido estratégico”, porque “no nos adelantamos a los acontecimientos, no se planifica, investiga, indaga”. Opinión muy similar mantenía E5, denunciando que “tendría que haber una planificación para hacer frente a la crisis, que no la hay”.

Un tercer problema mencionado en las entrevistas se refiere a la intervención, en la que, según E3, primaba una “atención a demanda sobre atención integral”, porque “existe una “concepción únicamente prestacionista”, debido a la “falta de trabajo por proyectos” y “de orientación comunitaria” (E4).

En esta segunda fase, los entrevistados señalan como uno de los problemas fundamentales la tensión creciente en algunos centros de la ciudad: “creo que los servicios sociales tienen que ser un lugar de acogida, y muchas veces veo que son un lugar de conflicto, de discusión, de malos entendidos” (E10). Esta situación puede deberse a varios motivos. En primer lugar, a las propias “crisis profesionales” (E10), derivadas de la presión generada por la sobrecarga de trabajo, la falta de herramientas adaptadas a las nuevas necesidades o la carencia de recursos humanos suficientes y su mal aprovechamiento, como afirma E11, “no solamente faltan, sino que no se están aprovechando al cien por cien”, al no existir puesta en común de los conocimientos adquiridos. En segundo lugar, los usuarios acuden a los centros cada vez con mayor conocimiento y exigencia de sus derechos, situación que ha ido modificando la relación entre el usuario y el profesional:

La gente viene muy exigente, y a mí me parece bien, lo entiendo [...]. Está cambiando, la gente no es la actitud de... ‘yo no sé mis derechos’, [ahora es] ‘yo tengo mis derechos, quiero esto, esto lo entiendo, esto y por qué no...’ (E10).

Estas nuevas dinámicas también generan conflictos en el rol del propio trabajador social, probablemente causadas, en parte, al desgaste existente: “hay mucho[s] profesional[es] [a los] que les sabe mal que se les reclamen ayudas o que tenga[n] que dar explicaciones” (E10). Esta tensión ha llegado a desembocar incluso en agresiones puntuales, como explica E12: “si una persona me viene muy nerviosa porque no tiene para comer, porque lleva tanto tiempo esperando el IAI [...] y yo digo ‘ése no es mi problema’ [...]. Yo puedo generar que me den una leche, [aunque] yo no justifico que me la den”.

Con todo ello, se están creando “centros enfermos [en los que] no se funciona bien en equipo [...], [que] no consiste sólo en reunirse”, centros donde “el ambiente podría mejorarse” (E10). Como señalaba un entrevistado, “la higiene mental es fundamental, [y] es verdad que hay centros [en los] que esto no ocurre [...]. Depende un poco del ambiente, de las personas” (E12). También la salud de los propios profesionales se está resintiendo: “tienes que tener una fortaleza mental, [...] para que yo atienda bien, tengo que estar bien, y el índice de personas con baja en el servicio ha aumentado” (E12).

Por otra parte, los entrevistados hacen de nuevo hincapié en que las respuestas no se encuentran adaptadas a las nuevas necesidades. Ante esta situación,

sí que hay una buena disposición hacia el cambio por parte del equipo de Gobierno, pero hay muy pocas posibilidades reales de efectuar estos cambios [...]. Uno de nuestros principales problemas es la burocratización tan extrema que tienen los servicios sociales dentro del Ayuntamiento de Zaragoza (E11).

Por último, se ha señalado una visión demasiado cuantitativa de la tarea de los trabajadores sociales, criticándose “que se cuantifique tanto el número de citas, el número de ayudas, y que no te permitan hacer una intervención un poquito más amplia” (E11).

En cuanto a las propuestas de mejora en los servicios sociales, en la primera investigación existía disparidad de respuestas. Así, E4 proponía de manera general “aprovechar el gran potencial de los profesionales y la experiencia acumulada y poner[se] a pensar”. Otros eran más concretos, como E2, que proponía “una organización basada en programas, con objetivos de crecimiento personal y puesta en valor de lo que pueden [sic.] ofrecer la ciudadanía, y no en función de lo que se les [sic.] pueda dar”. E1 sugería “hacer sesiones grupales, ya que hay muchos colectivos que cumplen el mismo perfil (por ejemplo, los perceptores del IAI)”. En esa línea, E7

proponía “hacer trabajo comunitario, [ya que] es muy preventivo, [y] con la prevención evitamos el volumen de atención”. Finalmente, E2 planteaba “crear mecanismos que favorezcan la coordinación; [...] no duplicar entidades, programas, actuaciones... entre entidades públicas y privadas, sino procurar una planificación a nivel global de los servicios sociales”.

Por otra parte, algunos entrevistados daban importancia a la atención a la vivienda: “hay que [...] conseguir que los colectivos con mayores dificultades puedan acceder a vivienda protegida” (E1); “[se ha de] potenciar la vinculación del sistema de servicios sociales con los sistemas de empleo y vivienda” (E2). Otro entrevistado proponía incluso “sacar todo el dinero de servicios sociales [...], porque además condiciona mucho la relación [entre profesional y usuario]” (E8). En definitiva, se trataba de “dejar de ser reactivos ante la situación, y ser proactivos” (E4).

En esta segunda etapa, los entrevistados expresan que se han realizado algunos avances en la línea de las propuestas de la etapa anterior. E10 explica: “para mí una novedad ha sido el Zaragoza Incluye, que es la primera vez que en servicios sociales hay un proyecto de empleo”. No obstante, más allá de este programa, afirma que los servicios sociales “no está ofreciendo cosas diferentes”.

En este sentido, y a partir de la formación del nuevo Gobierno, E11 señala que “se está trabajando en los programas específicos, [...] los protocolos de funcionamiento de menores, de prestaciones domiciliarias, y [...] el de información, orientación y valoración”, siendo una de sus propuestas “que se clarifique realmente cuál es el modelo de funcionar”.

En esta nueva ronda de entrevistas, una de las propuestas lanzadas por los profesionales se centra en plantear respuestas más adaptadas a las nuevas necesidades,

más activas, [...] donde [el usuario] reciba dinero y [...] esté activo, ya sea a través de un contrato de empleo o de otro tipo de acción [...], y no en el sentido de que te lo tienes que sudar para llevarte el dinero [...], sino en el de que tú recobres tu dignidad, que no la has perdido, pero que la sientas (E11).

Para plantearlas, sería conveniente, según E12, que existiese más formación para los profesionales, “reciclaje también [para] saber dar respuestas con herramientas adecuadas y actualizadas”. Además, sería positiva la creación de “espacios para que todos los trabajadores pudieran aportar sus propuestas, porque creo que hay gente muy válida [...], que conoce muy bien sus zonas de referencia, y que [...] pudiera hacer propuesta[s] de cara a la dinamización de áreas concretas” (E11).

Por otra parte, proponen iniciativas que podrían repercutir en la mejora del ambiente de los centros, ya que, como defiende E10:

[El] centro de servicios sociales tiene que ser un lugar amable, donde te sientes bien, donde puedes confiar, y donde, aparte del dinero, te llevas esperanza, te llevas confianza. Entonces, eso ¿cómo se favorece? Se favorece con menos presión a los profesionales [...], con más apoyo en general.

Una de las propuestas para reducir esta presión pasaría por aumentar el personal de los centros: “hace falta más personal [...]. Si sólo quieres una gestión pura y dura, esto se organiza y podemos sacar estas ayudas, sin más. Si quieres algo más, hace falta más personal” (E10). En esta línea, E10 plantea la posible implementación de un sistema de cribaje previo, bien realizado por trabajadores sociales o por técnicos, una idea que parece que está barajando la propia Administración: “en cuanto a lo que era la información y orientación inicial, se planteaba [que] tenía que haber como una trabajadora social de primera acogida” (E10). Coincide con ello E12: “si yo no hago tanto [trabajo] burocrático, tanto [trabajo] administrativo... [...]. No es tanto que se necesiten más trabajadores sociales, pero tenemos [que ver] cómo se puede organizar mejor”.

Con estas medidas, los entrevistados creen que podrían desarrollar mejor sus capacidades profesionales. E10 argumenta que “hay muchos profesionales haciendo un esfuerzo por ofrecer algo más”. Como ejemplo, se habla de la posibilidad de realizar más trabajo en grupo y comunitario: “yo, por ejemplo, [...] sería feliz con hacer un grupo [con] la cantidad de mujeres que veo con el síndrome del cuidador por la atención a personas dependientes”, o “poner en contacto [a] personas que necesitan trabajar en casa de personas mayores con gente que sabemos que [las] necesitan”, o también “organizar sesiones de formación” (E12). Con estas iniciativas, se generaría en los trabajadores sociales “más vidilla y más satisfacción personal” (E12). Ahora mismo, según E11, “esto no es trabajo social, esto es escuchar a las personas, que me firmen una hoja que yo amonto. ¿En qué posición me sitúa a mí como trabajadora social?”.

En definitiva, se propone que se “cuide evidentemente a los usuarios, pero [que también] se cuide a los profesionales de servicios sociales” (E12), idea en la que la Administración ya se encuentra trabajando:

Ahora mismo se están haciendo estudios psicosociales [...] en los distintos puestos de trabajo [...]. Ha habido solicitudes directas desde los propios centros, y también desde el propio servicio de prevención y salud laboral [...], porque realmente ha habido muchas bajas por estos temas de sobrecarga y ansiedad dentro de servicios sociales. [...] Lo que se puede aportar [en] un equipo sano va a ser muchísimo más que en un equipo distorsionado (E11).

Por último, se propone una atención más homogénea entre barrios: “que de alguna manera fuese más

equilibrada para los usuarios, fuesen del barrio que fuesen, porque en este momento sí que hay diferencias” (E11).

5. Conclusiones

5.1. Usuarios

En el periodo analizado, se asiste a un aumento de los usuarios, que se traduce en mayor carga de trabajo para los profesionales. Se distinguen dos colectivos: ‘tradicionales’ y ‘nuevos’. Estos últimos, o bien habían acudido en alguna ocasión a los servicios sociales municipales, o, por el contrario, eran nuevos completamente en el sistema. Cabe señalar las diferencias existentes entre ambos grupos: los tradicionales se caracterizan por presentar, además de problemas económicos, otro tipo de problemas personales o sociales que les dificultan llevar una vida autónoma, organizada y propia. El denominador común de los nuevos usuarios es la falta de ingresos como consecuencia de una situación de desempleo de larga duración y un agotamiento de la protección social. Unido a este problema inicial, en la segunda fase de la investigación se observa que, además, presentan problemas emocionales o psicológicos, que a largo plazo pueden derivar en otros problemas, como apuntan algunos profesionales. La diferenciación entre ambos grupos de usuarios persiste, aunque bien es cierto que la situación de los usuarios ‘tradicionales’ de servicios sociales se ha visto cronificada.

La falta de empleo y, por ende, la ausencia de ingresos es el principal motivo de llegada de los nuevos usuarios a los servicios sociales municipales, aunque ahora, como ya se ha señalado, el deterioro emocional ya supone un problema destacable. Además, este nuevo colectivo tiene mayor información sobre los servicios sociales o sobre lo que allí se ofrece.

En todos los usuarios prevalecen las necesidades básicas frente a las de otro tipo, lo que da lugar a un abandono de la atención integral, así como a un aumento de las prestaciones económicas, en detrimento de otro tipo de intervenciones. Se ha disparado el número de ayudas de urgencia, y hoy en día, además de cubrir déficits habituales (luz, agua, alquiler), crecen los problemas derivados de impago de hipotecas.

Además de las dificultades que atraviesa el propio sistema de servicios sociales, se observa cómo problemas derivados de otras áreas repercuten sobre los servicios sociales, siendo éstos incapaces de darles respuesta.

5.2. Capacidad de respuesta de los servicios sociales a las demandas actuales

En general, se dedica poco tiempo a la atención de los usuarios, que está estipulada en veinte minutos

a partir de una directriz, aunque bien es cierto que no todos los profesionales la cumplen. Éste no es el único problema detectado, puesto que la falta de recursos, unida a los déficits de la organización del propio sistema, dificultan el trabajo diario de los profesionales. Otro aspecto negativo que cabe destacar es el excesivo tiempo de espera en la atención, aunque existen diferencias notables entre un centro y otro.

Respecto a la actuación de la Administración en la concesión de diferentes prestaciones (fundamentalmente, ayudas de urgente necesidad e ingreso aragonés de inserción), es importante señalar las diferencias observadas en el periodo analizado. En la primera fase de la investigación, se ponía el foco básicamente en los excesivos retrasos por parte del Gobierno autonómico (en la concesión del ingreso aragonés de inserción). En la segunda fase, la situación ha mejorado debido, en parte, al cambio de Gobierno producido en mayo de 2015.

A pesar de estos tímidos avances, es preciso un replanteamiento general de los servicios sociales, puesto que no se adaptan a las nuevas necesidades de los usuarios y la intervención que realizan es principalmente de tipo paliativo.

El surgimiento de iniciativas comunitarias ha ayudado a amortiguar las dificultades detectadas, aunque en la actualidad esa situación se ha estancado, es decir, se mantienen ciertas iniciativas, pero no surgen nuevas. También ha sido determinante el papel de las entidades privadas de acción social, que en algunos casos ha ayudado a cubrir vacíos de las administraciones públicas, pero en otros ha provocado duplicidades en la atención.

5.3. Valoración global y propuestas

Por último, en cuanto a los problemas detectados, inicialmente los profesionales señalaban la insuficiencia de recursos, la falta de organización y de planificación, así como el tipo de intervención desarrollada (atención a demanda frente a atención integral). Son interesantes los problemas detectados en la segunda fase. Se puede afirmar que en algunos centros la tensión crece, debido a las propias crisis profesionales (presión, falta de herramientas o insuficiencia de recursos), además de a un conocimiento cada vez mayor por parte de los usuarios, modificándose en este sentido la relación entre el trabajador social y el usuario. También hay que remarcar que la salud de los profesionales está viéndose afectada, y así nos lo ponen de manifiesto.

Por todo ello, las propuestas que se desprenden del análisis realizado van en sintonía con los problemas detectados. En la primera fase, los trabajadores sociales consideraban que cambios en la organización, la puesta en marcha de sesiones grupales y la mejora de la coordinación, entre otros, ayudaría a corregir los déficits del sistema.

En la segunda fase, se aprecia cómo algunos cambios ya han tenido lugar, sobre todo a partir de la formación del nuevo Gobierno local¹⁸. Sin embargo, todavía hay camino que recorrer en cuanto a la adaptación de recursos a las nuevas necesidades, así como

a la mayor formación para los profesionales, sin olvidarnos, evidentemente, de mejoras respecto a recursos. Un aumento de éstos podría suavizar la tensión de los centros, a la vez que la de los propios profesionales.

¹⁸ A enero 2017, el actual Gobierno local ha comenzado a reestructurar los servicios sociales y a introducir paulatinamente el nuevo modelo organizativo. Sin embargo, no se puede concretar con precisión la fecha de su puesta en marcha.

Bibliografía referenciada

- ABAD MIGUÉLEZ, B.; y MARTÍN ARANAGA, I. (2015): “El Trabajo Social ante la crisis. Nuevos retos para el ejercicio profesional de los y las trabajadoras sociales”, *Cuadernos de Trabajo Social*, vol. 28, nº 2, págs. 175-185.
- ASOCIACIÓN ESTATAL DE DIRECTORAS Y GERENTES DE SERVICIOS SOCIALES (2016): *Índice DEC de desarrollo de los servicios sociales*, Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales.
- AGUILAR HENDRIKSON, M. (2013): “Los servicios sociales en la tormenta”, *Documentación Social*, nº 166, págs. 145-167.
- ALGUACIL GÓMEZ, J. (2012): “La quiebra del incompleto sistema de Servicios Sociales en España”, *Cuadernos de Trabajo Social*, vol. 25, nº 1, págs. 63-74.
- ARAGÓN (2009): “Ley 5/2009, de 30 de junio, de Servicios Sociales de Aragón”, *Boletín Oficial de Aragón*, nº 132, 10-7-2009, págs. 18.244-18.280 [<http://www.boa.aragon.es/cgi-bin/EBOA/BRSCGI?CMD=VEROBJ&MLKOB=390353230505>].
- AYALA, L.; y RUIZ-HUERTA, J. (2015): “Estado de bienestar y políticas sociales: tendencias y perspectivas”, en BLANCO, A., *Informe España 2015*, Madrid, Fundación Encuentro, págs. 250-279.
- BARBIERI, N.; y GALLEGU, R. (2015): “El despliegue de la Ley de Dependencia en el País Vasco y la Comunidad de Madrid (2007-2012)”, *Zerbitzuan*, nº 60, págs. 93-111 [<https://doi.org/10.5569/1134-7147.60.07>].
- BARRIGA, L. (2014): “Las políticas de austeridad y el horizonte de la reforma de la Administración Local: un cerco a los servicios sociales en España”, *Documentación Social*, nº 175, págs. 65-103.
- DEUSDAD, B. (2016): “Restructuring long-term care in Spain: The impact of the economic crisis on social policy and social work practice”, *Journal of Social Service Research*, nº 42, págs. 246-262.
- D. L. G. (2016): “Zaragoza concede ayudas a más de mil niños para comedor y libros”, *El Periódico*, 16-11-2016 [http://www.elperiodicodearagon.com/noticias/aragon/zaragoza-concede-ayudas-mas-mil-ninos-comedor-libros_1159660.htm].
- DUQUE CARRO, J. M. (2012): “Redescubrimiento de los servicios sociales de atención primaria: hacia un (nuevo) modelo de atención personal y comunitaria”, *Zerbitzuan*, nº 52, págs. 23-44 [<https://doi.org/10.5569/1134-7147.52.02>].
- FANTOVA, F. (2016): “Nuevos enfoques para los servicios sociales ante la nueva realidad social”, *Revista Española del Tercer Sector*, nº 33, págs. 113-139.
- FUNDACIÓN FOESSA (2013): *Desigualdad y derechos sociales*, Madrid, Fundación Foessa.
- (2012): *Exclusión y desarrollo social*, serie Análisis y Perspectivas, Madrid, Fundación Foessa.
- FUNDACIÓN 1º DE MAYO (2012): *Trabajadores pobres y empobrecimiento en España*, colección Estudios, nº 56.
- LAPARRA, M.; y PÉREZ ERANSUS, B. (2012): *Crisis y fractura social en Europa. Causas y efectos en España*, Barcelona, Obra Social La Caixa.
- LIMA, A. (2013): *I Informe sobre los servicios sociales en España*, Madrid, Consejo General del Trabajo Social.
- LÓPEZ CASASNOVAS, G. (2015): *El bienestar desigual*, Barcelona, Península.

- MAREA NARANJA ARAGÓN. (2012): *Situación social en Aragón 2012. Personas, familias y sociedad*, Marea Naranja Aragón.
- MARTÍNEZ VIRTO, L.; y PÉREZ ERANSUS, B. (2015): “La austeridad intensifica la exclusión social e incrementa la desigualdad (aproximación a las consecuencias de los recortes en servicios sociales a partir de la experiencia en Navarra)”, *Revista Española del Tercer Sector*, nº 31, págs. 65-88.
- MONTSERRAT, J. (2015): “Impactos de las medidas de estabilidad presupuestaria en el Sistema de la Autonomía y Atención a la Dependencia: retos de futuro”, *Zerbitzuan*, nº 60, págs. 9-30 [<https://doi.org/10.5569/1134-7147.60.02>].
- OBSERVATORIO ESTATAL DE LA DEPENDENCIA (2012): *Impacto económico de la reforma de la Ley de la Dependencia*, Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales.
- RODRÍGUEZ CABRERO, G. (2012): *Servicios sociales y cohesión social*, Madrid, Consejo Económico y Social.
- RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, P. (2015): *La situación del Servicio de Ayuda a Domicilio en el ámbito local y perspectivas de futuro*, Madrid, Federación Española de Municipios y Provincias.
- SANZO, L. (2013): “La crisis de principios del siglo XXI en España”, *Documentación Social*, nº 166, págs. 15-43.

Avances, límites y retos en la garantía de derechos de la infancia en Cataluña. Una aproximación desde el ámbito municipal¹

Eloi Mayordomo Martínez

Técnico en políticas sociales en la administración pública, especialista en infancia
<eloimm@yahoo.com>

Xavier Millán Cañamares

Técnico en políticas sociales en la administración pública, especialista en infancia

14/2010 Legea, maiatzaren 27koa, haur eta nerabeen eskubide eta aukerei buruzko araudiaren promulgazioak aurrerabide garrantzitsua ekarri arren, artikulua honetan arazo gisara azaltzen da ondoren garatu den garapen normatibo eta teknikoa, eta bertan jakin nahi da haur eta nerabeen aldeko politiken ezarpenek zenbateraino lortu ote dituzten Legeak aurreikusitako asmoak, identifikatzen dira tokiko eremutik nabarmentzen diren gabeziak, eta azaltzen dira eskuartzerako prozesu horietan profesionalak aurre egin beharreko izaten dituzten hutsuneak zeintzuk diren. Halaber, bertan azaltzen dira haur eta nerabeen babesa bermatzeko betebeharrekoak diren erronkak zeintzuk diren, eta horretarako nabarmentzen da tokiko administrazioaren garrantzia, gertutasunaren ondorioz, arrisku soziala murriztu eta haur eta nerabeen eskubideak babesteko egoera optimoan dagoen eragile gisara.

GAKO-HITZAK:

Hautzaroa, nerabezaroa, eskubideak, gizarte-zerbitzuak, Katalunia.

A pesar del importante avance que significa la promulgación de la Ley 14/2010, de 27 de mayo, sobre los Derechos y Oportunidades en la Infancia y la Adolescencia, este artículo problematiza los efectos que ha tenido su desarrollo normativo y técnico posterior, y se pregunta hasta qué punto la implementación de las políticas de infancia y adolescencia está logrando los objetivos que la Ley proyectaba, identificando los déficits que se observan desde el ámbito local y planteando las lagunas que deben afrontar los profesionales en el proceso de intervención. Asimismo, apunta los retos que deberían afrontarse para garantizar la salvaguarda de los derechos de la infancia y la adolescencia, señalando a la administración local como el agente que, desde la proximidad, tiene una posición óptima para abordar la reducción del riesgo social y para garantizar la salvaguarda de los derechos de niños y adolescentes.

PALABRAS CLAVE:

Infancia, adolescencia, derechos, servicios sociales, Cataluña.

¹ Una versión preliminar de este trabajo se editará en las actas del VI Congreso de la Red Española de Políticas Sociales, celebrado en Sevilla el 16 y 17 de febrero de 2017.

1. La atención a la infancia y adolescencia en Cataluña: un gobierno multinivel en un sistema descentralizado

1.1. Las competencias exclusivas

El Estado Español configura un modelo de atención y protección a la infancia que se podría calificar de mixto, en la medida que se basa en la colaboración entre el ámbito público y el privado, y las responsabilidades se comparten entre la familia y las administraciones públicas (De Palma, 2011). En este sentido, y de acuerdo con lo previsto en los acuerdos internacionales, la Constitución Española (art. 39) señala que la infancia debe gozar de una especial protección en la política social, aunque no desarrolla dicha protección en título competencial alguno, sino que ha de entenderse subsumida en diferentes títulos, muy especialmente en el de “asistencia social”, que pudo ser traspasado como competencia exclusiva a las comunidades autónomas (art. 148.1.20) [Pelegrí, 2012].

El Estatuto de Autonomía de Cataluña (EAC)² señala, por su parte, que los poderes públicos deben asegurar la protección de los niños, garantizando el interés superior del niño (art. 40.3), y reserva a la Generalitat la regulación y planificación de la actividad y los programas dirigidos a personas y colectivos en situación de pobreza o necesidad social (servicios, prestaciones técnicas y económicas)³, con el fin de garantizar el derecho a la atención social (art. 9.1 de la Ley de 21/2007, de 11 de octubre, de Servicios Sociales⁴). Se reconoce explícitamente, por tanto, el derecho de los menores a recibir la atención integral necesaria para el desarrollo de su personalidad y su bienestar en el contexto familiar y social (art. 17 EAC), y para dar respuesta a este encargo, la Generalitat debe elaborar un mapa de recursos y servicios que permita conocer la dimensión, la territorialización y la evolución de la oferta y la cobertura en Cataluña (art. 23.1 de la Ley 14/2010, de 27 de mayo, de los Derechos y Oportunidades en la Infancia y la Adolescencia⁵) de las prestaciones establecidas en la Cartera de Servicios Sociales (art. 24 LSS).

Se atribuye a la Generalitat la competencia exclusiva en materia de protección de menores, que incluye la regulación del régimen de la protección y de las instituciones públicas de protección y tutela de los menores desamparados (art. 105 LDOIA), de los menores infractores —respetando en este último caso la legislación penal (art. 166.3 EAC)—,

y la promoción de las familias y de la infancia, que incluye las medidas de protección social y su ejecución (art. 166.4 EAC).

Con el fin de atender la tipología de situaciones que requieren una especialización técnica o de recursos determinados, configura los servicios especializados, es decir, los Equipos de Atención a la Infancia y Adolescencia (EAIA)⁶, cuya principal función es valorar y diagnosticar las situaciones de necesidad social que no pueden abordarse desde un servicio social básico y que determinan, por tanto, el acceso a otras prestaciones del sistema (art. 18 LSS), con la realización del seguimiento y evaluación de las medidas de protección y elaboración de los denominados ‘planes de mejora’ (art. 19 LSS)⁷.

A los entes locales con una población superior a 20.000 habitantes⁸, por su parte, se les atribuye de forma directa (art. 67 del Decreto Legislativo 2/2003) la regulación y la prestación de los servicios de atención a las personas y de los servicios sociales públicos de asistencia primaria (art. 84.2m EAC). Esta competencia se concreta en la obligación de desarrollar intervenciones sociales de carácter preventivo (art. 80 LDOIA), e intervenir en la infancia y adolescencia en situación de riesgo en su territorio (art. 99 LDOIA).

De este modo, los servicios sociales deberán, entre otras funciones (art. 17 LSS), valorar la existencia de una situación de riesgo (art. 102 LDOIA) y promover una intervención social y educativa que permita disminuirla o eliminarla (art. 103.1 LDOIA)⁹.

1.2. Gobierno multinivel y coordinación interadministrativa

En el ámbito de la promoción de la infancia y la adolescencia, los poderes públicos deben dar a conocer los derechos de estos grupos etarios (art. 16 LDOIA)¹⁰. Como estrategia para hacer efectivo el ejercicio de dichos derechos, se establece la constitución de espacios estables de participación

⁶ Constituidos mediante el Decreto 338/1986, de regulación de la atención a la infancia y adolescencia en alto riesgo social. En aquellos momentos, se pensó en estos equipos con el fin de coordinar y hacer de nexo de unión entre la Ley de Protección de Menores, la Ley de Servicios Sociales y los municipios a los que la Ley estatal 7/1985, de Bases de Régimen Local, atribuye competencia en prestación de servicios sociales y de promoción y reinserción social.

⁷ Una intervención que, como veremos más adelante, se formalizará con la familia mediante la firma conjunta del llamado ‘compromiso socioeducativo’ (art. 103.4 LDOIA).

⁸ Si la población municipal es menor, la competencia es ejercida subsidiariamente por el Consejo Comarcal.

⁹ En caso de que con dicha intervención no se consiga disminuir o controlar la situación de riesgo, o éste sea grave, deberán elevar el informe —junto con la valoración de la situación de riesgo, el resultado de la intervención y la propuesta de medidas que consideren oportunas— a los servicios sociales especializados, que completarán el estudio y elaborarán, conjuntamente con la familia, el compromiso socioeducativo (art. 103.3 LDOIA).

¹⁰ Asignando al Síndic de Greuges (Defensor del Pueblo catalán) o a su adjunto la obligación de presentar en el Parlament un informe específico sobre la situación de los derechos de la infancia en Cataluña (art. 29 LDOIA).

² Junto con los estatutos del País Vasco y Andalucía, es el único que adopta esta perspectiva ‘ius-publicista’, y hace una referencia expresa a la atención y protección de la infancia y la adolescencia.

³ Una actividad que, de acuerdo con el artículo 166.1 del EAC, se refiere tanto al ámbito público como a los prestadores privados.

⁴ En adelante, LSS.

⁵ En adelante, LDOIA.

—los Consejos de Participación Local y el Consejo Nacional de Infancia y Adolescencia de Cataluña (art. 27 LDOIA)—, a la vez que se reconoce el derecho a la información, el asesoramiento, la orientación o la asistencia de los poderes públicos, más allá incluso del conocimiento de los progenitores (art. 17.3 LDOIA).

En el ámbito de la prevención del riesgo social, las situaciones que afectan a conjuntos de niños o adolescentes de manera global deben motivar actuaciones de los poderes públicos, tanto de carácter territorial como familiar. En el supuesto de que dichos indicadores o factores de riesgo se identifiquen en un entorno territorial, darán lugar a los denominados ‘planes de intervención social preventivos comunitarios’ (art. 77), mientras que la identificación de indicadores o factores de riesgo en un entorno familiar concreto debe impulsar programas de apoyo familiar (art. 78.2).

En el ámbito de la desprotección, el sistema pretende garantizar un *continuum* entre la detección y la atención del riesgo social (interrelación de los otros sistemas con los servicios sociales, y de los servicios sociales básicos con el Equipo de Atención a la Infancia y Adolescencia). Para ello, la LDOIA establece la obligación de las administraciones de colaborar y actuar de forma coordinada, especialmente en materia de protección (art. 100.3), pero también en el traspaso de información entre servicios (art. 24.2).

Con el fin de garantizar de forma efectiva el desarrollo de las políticas de infancia y adolescencia, los poderes públicos, en el ámbito de sus competencias, deben dar prioridad en sus presupuestos a las actividades de atención, formación, promoción, reinserción, protección, integración, tiempo libre y prevención de los niños y los adolescentes (art. 15 LDOIA), adoptando con carácter urgente las medidas necesarias para evitar que el contenido esencial de los derechos de los niños y los adolescentes quede afectado por la falta de recursos adaptados a sus necesidades, especialmente las prestaciones de servicios y económicas necesarias para cumplir las medidas de protección en situaciones de riesgo o desamparo que tienen el carácter de prestaciones garantizadas. La financiación de dichos servicios, programas y proyectos se comparte con la Generalitat, fijándose la aportación de ésta en el Plan Estratégico de Servicios Sociales y la Cartera de Servicios Sociales³¹. La financiación de la infraestructura, los locales, el material, el mantenimiento del sistema de información, el apoyo administrativo y de las prestaciones económicas de urgencia social correrán a cuenta del ente gestor del área básica de servicios sociales, pero la Generalitat deberá incluir suplementos en sus pagos si las ayudas económicas para emergencias sociales que otorga el ente local lo justifican (art. 62 LSS).

³¹ La participación económica de la Generalitat no debe ser en ningún caso inferior al 66% del coste de los equipos básicos, de los programas y proyectos que Plan y Cartera establecen para el ámbito territorial de cada área básica.

1.3. La configuración de un sistema de protección descentralizado

Una de las principales novedades de la LDOIA es que, más allá de los mandatos legales a los poderes públicos, configura un sistema descentralizado de atención e intervención, que incorpora también a la ciudadanía (art. 100). A ésta le asigna el deber de comunicar a los servicios sociales básicos, los especializados o al departamento competente, las situaciones compatibles con la desprotección que estén en su conocimiento. Para fomentar la implicación y colaboración ciudadana y de la iniciativa privada, las administraciones públicas deben poner en marcha programas de información y sensibilización con el objetivo de contribuir a identificar cualquier forma de maltrato o las conductas de riesgo, y promover el buen trato o cualquier otra práctica que contribuya a mejorar el bienestar de la población infantil y adolescente (art. 75).

2. Las políticas de infancia y adolescencia: avances y límites

2.1. La promoción de la infancia y la adolescencia

Las actuaciones de promoción están dirigidas a generar condiciones de bienestar personal y social en la infancia y la adolescencia, de manera que puedan disfrutar de los derechos que tiene reconocidos y pueda garantizarse su pleno desarrollo personal. Los poderes públicos, por tanto, se ocupan de los niños y adolescentes considerando que tienen un presente, no para evitar problemas futuros. Desde esta perspectiva, la promoción es poner a disposición de éstos todo aquello que necesitan para desarrollar sus potencialidades y su autonomía, no centrándose específicamente en las dificultades y los problemas que tienen o que puedan llegar a tener.

2.1.1. Reconocimiento, difusión y sensibilización de los derechos

El reconocimiento de los derechos de la infancia y adolescencia, a su vez, implica a las administraciones en la difusión de tales derechos y en la sensibilización del conjunto de la población (art. 16 LDOIA). No obstante, el conocimiento de los derechos por parte de niños y adolescentes es todavía genérico: en 2012, un 89,2% de los adolescentes que cursaban primero de ESO estaban de acuerdo o muy de acuerdo en que todos los niños y adolescentes tenían derechos, pero solamente un 41,3% conocían los derechos reconocidos en la Convención (Departament de Benestar Social i Família, 2015).

Asimismo, los entes locales, en virtud de su proximidad a la ciudadanía, y como primer nivel de información y asesoramiento a la infancia y adolescencia, deberán garantizar el derecho a la

información de los niños y adolescentes (art. 32 LDOIA), y prestar la información a aquellos que lo soliciten (art. 17.4 LDOIA). En este sentido, la LDOIA se encuentra alineada con la Comisión Europea (2013) y el Parlamento Europeo (2008), que explicitan la prioridad de la promoción positiva de los derechos de los niños, así como el derecho a recibir información sobre estas cuestiones, y exhortan a crear un ambiente social amable con los niños, en el que se sientan protegidos y protagonistas.

2.1.2. La participación infantil y adolescente

En el ámbito normativo, el despliegue de la participación infantil y adolescente se ha centrado en la constitución del Consejo Nacional de Infancia y Adolescencia. En este sentido, el Decreto 200/2013, de los Consejos de Participación Territorial y Nacional de los Niños y Adolescentes de Cataluña desarrolla los artículos 27 y 34 de la LDOIA, la observación 12 de Comité de los Derechos del Niño, y los artículos 17 y 29 del EAC, promoviendo la creación de espacios de participación territorial, y entendiendo y desarrollando la participación en los asuntos públicos como un derecho. Los espacios estables de participación se conciben como representativos e institucionales, sin perjuicio de la creación de otros espacios de participación locales, aunque la normativa no se refiera a los consejos territoriales más allá de instar a las administraciones locales (comarcas y municipios) a su creación.

Pese a no recogerse explícitamente en la LDOIA (más allá del artículo 3.3, donde se contempla que las administraciones públicas deberán facilitar los canales de participación adecuados), los municipios¹² son los que han impulsado espacios estables de participación local^{13, 14}, pues tienen la capacidad de actuar sobre el entorno próximo y la vida cotidiana, aunque deben explicitar las intenciones y el proceso de participación, y han de ser percibidos como espacios de participación por los niños y adolescentes (Trilla y Novella, 2001).

Sin duda, el hecho de que la legislación doméstica incluya el derecho a la participación de los niños y adolescentes en todo lo que les afecta es un avance sustantivo en lo que se refiere a la consolidación de una visión transversal de la infancia, no sólo en términos de objeto de protección, sino de sujeto de derechos, al configurar su estatus de ciudadanía, tal

y como se recoge en el preámbulo de la LDOIA. A partir del reconocimiento del derecho de participar plenamente en los núcleos de convivencia y en la vida social, cultural, artística y recreativa de su entorno, y de la obligación de los poderes públicos de ofrecerles oportunidades para desarrollar su ejercicio (art. 34 LDOIA), el derecho de participación se concibe como una estrategia de acceso a la plena ciudadanía. Se acompaña del reconocimiento del derecho de los niños y adolescentes a ser escuchados, de acuerdo con sus capacidades, y siempre en el caso de los adolescentes (mayores de 12 años).

2.2. La prevención de desprotección de la infancia y adolescencia

Los entes locales tienen atribuidas las intervenciones sociales preventivas, y deben impulsar programas de información y sensibilización ciudadana en torno a la identificación del maltrato, a los efectos de las sustancias que pueden generar dependencia u otras conductas de riesgo (conducción temeraria, relaciones sexuales no seguras, conductas violentas o en absentismo, entre otras), al buen trato a los niños y a los adolescentes, y al consumo de bienes y servicios y su uso adecuado (art. 75 LDOIA).

La LDOIA se refiere de forma explícita a los planes de intervención social preventivos comunitarios y a los programas de apoyo familiar. Respecto a los primeros, se establece que la Generalitat, en coordinación con los entes locales, debe desarrollar programas extraordinarios de apoyo a la escolarización y a la continuidad educativa, de trabajo de calle, de tiempo libre, y de acompañamiento a la formación y la inserción sociolaboral, así como de medidas socioeducativas intensivas —centros abiertos y centros diurnos— en aquellos territorios donde se identifiquen indicadores o factores de riesgo (art. 77.4 LDOIA). Si bien es cierto que los planes de intervención social preventivos comunitarios no se han desarrollado como tales¹⁵ —debido quizás a que no se atribuyen de forma expresa a un departamento, ni se definen los criterios para su inicio—, algunos programas con objetivos similares se vienen desarrollando en ámbitos sectoriales incluso desde antes de la promulgación de la LDOIA, y se encuentran plenamente consolidados¹⁶.

Por su parte, los programas de apoyo familiar —que pueden desarrollarse incluso durante el periodo de gestación con el fin de establecer

¹² Actualmente, 59 municipios catalanes (el 6,2% del total) tienen Consejos de Participación de Infancia y Adolescencia, y existen 17 más con la voluntad política expresa de constituir un consejo en breve (Novella y Llana, 2016).

¹³ Cabe resaltar que el programa Ciudades Amigas de la Infancia, de Unicef, ha tenido un efecto muy significativo en este sentido.

¹⁴ Sobre esta cuestión, se dispone de dos indicadores (Departament de Benestar Social i Família, 2015): el primero, de 2012, el porcentaje de adolescentes que cursan primero de ESO que están de acuerdo o muy de acuerdo en que su ayuntamiento les pida opinión sobre las cosas que les importan (un 60,2%); y el segundo, de 2014, el porcentaje de municipios de Cataluña que disponen de un Consejo de Niños y Adolescentes (el 4,9%).

¹⁵ No constan en los planes de actuación del Departamento de Trabajo, Asuntos Sociales y Familias (http://treballiaferssocials.gencat.cat/ca/el_departament/plans_dactuacio/), ni tampoco en sus programas comunitarios (http://treballiaferssocials.gencat.cat/web/.content/03ambits_tematicas/18_accio_comunitaria_i_voluntariat/01_accio_comunitaria/Programes_Comunitaris/Localitzacioprogrames_comunitaris_Catalunya.pdf).

¹⁶ Éste es el caso, por ejemplo, de los planes educativos de entorno (http://xtec.gencat.cat/ca/comunitat/entorn_pee/) o de las experiencias de aprendizaje-servicio (<http://xtec.gencat.cat/ca/comunitat/serveicomunitari/aprenentatgeservei/>), entre otros.

pautas de crianza y de mejora de las capacidades parentales, de forma preventiva en entornos de desventaja social— tampoco se atribuyen de forma expresa a ninguna administración, pero aquí las iniciativas se han desarrollado tanto por parte de la Generalitat como, en menor medida, desde el ámbito municipal; si bien es cierto que sus resultados se presumen más bien limitados. Entre las intervenciones de la Generalitat, cabe señalar, por un lado, el recientemente terminado Plan de Apoyo Integral a la Familia 2012-2016, donde se integraban, por un lado, las prestaciones económicas universales, como la que se concede por hijo a cargo, las desgravaciones y los beneficios fiscales; y por otro, los programas y servicios, donde se incluyen las charlas¹⁷, los servicios de atención y educación a la primera infancia (muy afectados por los recortes)¹⁸, la promoción del ocio en familia, el servicio de mediación familiar, los servicios técnicos de puntos de encuentro o los títulos de familia numerosa o monoparental. En cuanto a las iniciativas municipales, los programas de apoyo familiar han sido golpeados fuertemente por la contención del gasto municipal, produciéndose un cierto retroceso respecto al tímido desarrollo que habían experimentado en el periodo anterior a la crisis¹⁹.

2.3. La atención a la infancia y la adolescencia en situación de riesgo y sus familias

2.3.1. La detección de las situaciones compatibles con el riesgo social

Al objetivo de identificar las situaciones compatibles con el riesgo social, el artículo 79 de la LDOIA insta a la Administración a elaborar un listado de indicadores y factores de protección. Con el desarrollo del proyecto Infància Respon²⁰, se desarrolla el Módulo de Apoyo a la Gestión del Riesgo (MSGR), un aplicativo web público que

acompaña en la identificación de variables asociadas a la desprotección y que, a partir de esta primera valoración, recomienda acciones a emprender²¹.

Posteriormente, se aprobó el Protocolo de Actuación entre los Departamentos de Trabajo, Asuntos Sociales y Familias y Enseñanza, de Prevención, Detección, Notificación, Derivación y Coordinación de las Situaciones de Maltrato Infantil y Adolescente en el Ámbito Educativo, en el que se introdujeron dichos indicadores, reforzándose la obligatoriedad de los profesionales del ámbito educativo de observar los indicadores compatibles con la desprotección y notificarlos a los servicios correspondientes. Más allá de las experiencias municipales que han consensuado un protocolo de actuación para las situaciones compatibles con la desprotección, se ha constatado el desconocimiento de dichas herramientas en la comunidad educativa, un hecho que pone de relieve la necesidad de priorizar los programas municipales dedicados a la detección.

Asimismo, en aquellos casos en que se derivan las situaciones de riesgo a los servicios sociales básicos, dicha notificación se realiza de manera informal —generalmente mediante una llamada telefónica—, evitando la documentación por escrito. En estos casos, los servicios educativos aducen que dicha comunicación vulnera derechos recogidos en la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal. La ‘confrontación’ entre esta ley y la LDOIA es recurrente cuando los servicios sociales básicos solicitan información a otros sistemas con el objetivo de valorar una situación compatible con la desprotección²². Como es obvio, la comunicación informal tendrá afectaciones sobre el profesional de servicios sociales, que deberá intervenir preservando la fuente que promueve su actuación.

Ante el supuesto ‘conflicto’ de leyes, cabe invocar el interés superior del menor, que se encuentra por encima de la protección de datos de carácter personal. Por tanto, los profesionales deberán garantizar con su acción el principio de calidad, esto es, que los datos sean pertinentes²³ y no excesivos.

¹⁷ Como ‘*Créixer amb tu*’ (‘Crecer contigo’), para dar respuesta a las inquietudes de los padres y madres con bebés de 0-3 años, y ‘*Aprenre amb tu*’ (‘Aprender contigo’), un conjunto de charlas sobre temas muy concretos (drogas, trastornos alimentarios) para padres y madres de hijos/as de 3 a 16 años.

¹⁸ La aportación económica de la Generalitat ha pasado de 147 M€ en 2009 a 71,5 M€ en 2013. La aportación por niño y curso en las escuelas infantiles pasó de 1.800 € hasta el curso 2010-2011 a los 0 € del 2012-2013. A partir de ese curso, las diputaciones provinciales asumen 875 € por plaza, a través del Plan Único de Obras y Servicios (Blasco, 2016).

¹⁹ Un buen ejemplo es la constitución de la Red de Espacios Familiares (2005), que, con el apoyo de la Diputación de Barcelona (http://www.diba.cat/web/benestar/petita_infancia), generaría un proceso de reflexión que culminaría con la publicación del documento *Els espais familiars de petita infància* (2006), un debate en torno a la organización, metodología y estructura de estos espacios (2009), un trabajo sobre su evaluación que quedaría recogido en Font-Mayolas, Planes y Gras (2010) o en la aparición del postgrado en Atención Socioeducativa a la Pequeña Infancia y sus Familias, de la Universitat de Barcelona (http://www.ub.edu/web/ub/ca/estudis/oferta_formativa/masters_propis/fitxa/A/201511496/index.html).

²⁰ La dotación de una unidad de profesionales a la documentación del Registro Unificado de Maltrato Infantil (RUMI) comportó la constitución de la Unidad de Detección y Prevención del Maltrato Infantil (UDEPMI), en la que también se integraría el servicio telefónico Infància Respon. Véase, a este respecto, el Acuerdo de Gobierno 121/2007.

²¹ El desarrollo del programa se quedó en la primera fase del proyecto, en la que el simulador no recoge datos identificativos ni de miembros de la familia ni de quien lo utiliza (<https://dps.gencat.cat/rumi/Appjava/simulacio/simulacio.html>). La implementación completa del programa, que implicaría implementar el propio RUMI, recogiendo datos estadísticos sobre el fenómeno del maltrato infantil, pero también facilitando la comunicación entre los profesionales, incluyendo las prestaciones para los usuarios, se detuvo habiendo dejado preparado el sistema de conexión del MSGR con los diferentes sistemas informáticos previstos (Interior y Salud) y con una conexión estándar vía web que permitiese conexiones posteriores no concretados (escuelas y servicios sociales, entre otros) que no disponían de un servicio informático compartido.

²² Este problema no ocurre con los Equipos de Atención a la Infancia y Adolescencia, donde la solicitud de información se realiza directamente entre departamentos.

²³ En concreto, la pertinencia de los datos se refiere a: a) los datos necesarios para evaluar la situación de la desprotección y proponer una medida; b) los datos necesarios para valorar la concurrencia de un indicador o un factor de desprotección o resiliencia, bien concerniente a la situación del menor en los ámbitos de relación (familia, escuela, sistema sanitario, servicios sociales), bien a la situación de

2.3.2. La valoración del riesgo social

Una vez el profesional de referencia de servicios sociales es conocedor de una situación de riesgo (art. 103.2 LDOIA), debe valorarla y elaborar un plan de atención individualizado para todos los miembros de la unidad de convivencia de forma participada (art. 9.2.a. LSS). La valoración de las situaciones es una tarea encomendada a los servicios sociales básicos (art. 103.1 LDOIA), y para realizarla, los profesionales se pueden apoyar en el listado de indicadores y factores de protección (anexo segundo de la Orden BSF/331/2013), que, conjuntamente con la situación personal, familiar y social, deben orientar al profesional de servicios sociales básicos en la valoración del grado de desprotección (situación de riesgo y desamparo)²⁴. Con estos indicadores y factores, la Dirección General de Atención a la Infancia y Adolescencia utilizaría posteriormente el Instrumento de Cribado²⁵, una herramienta en la que indicadores de riesgo y factores de protección son cruzados algorítmicamente para señalar de forma automatizada el grado de desprotección en que se encuentra el menor. El objetivo del instrumento es realizar una valoración en el momento de recepción del caso y poder obtener una primera orientación sobre la gravedad de la desprotección, evitando así procesos de exploración diagnóstica que se dilatan en el tiempo, perjudicando la situación del menor.

A pesar de la objetivación de la gravedad del riesgo —y por ende, de la clarificación de las acciones tanto de los servicios sociales básicos (riesgo leve o moderado) como de los Equipos de Atención a la Infancia y Adolescencia (alto riesgo)—, el resultado algorítmico y el criterio profesional no siempre concuerdan, prevaleciendo en los casos discordantes la valoración profesional. Los servicios sociales básicos cuestionan, como consecuencia, tanto el valor técnico (que no tiene un peso determinante a la hora de decidir si el caso se queda en los servicios sociales básicos o en los Equipos) como el hecho que no esté integrado en el sistema local de documentación²⁶ (generando un proceso ‘extra’ en su trabajo).

los progenitores/tutores/guardadores que incide sobre las capacidades parentales y el cuidado del menor.

²⁴ La situación de riesgo viene definida en el artículo 102 de la LDOIA; y la situación de desamparo, en el 105.

²⁵ Puede consultarse (con Internet Explorer) en http://treballiaferssocials.gencat.cat/web/.content/03ambits_tematicos/07infancia_iadolescencia/proteccio_infancia_i_adolescencia/destacats/Instrument_de_cribatge_de_situacions_de_risc_i_desemparament/Eina-Cribatge_v1-o_activat.pdf.

²⁶ Como veremos, el hecho que no se registren la tipología y el grado de riesgo de las intervenciones no es un hecho menor desde el punto de vista de la planificación del mapa de recursos, pues se impide un análisis agregado y, por tanto, el diseño de un mapa de recursos que dé respuesta a las necesidades de la desprotección de la infancia y adolescencia.

2.3.3. El plan de mejora

De acuerdo con el *Modelo de Servicios Sociales Básicos de Catalunya* (Departament de Benestar Social i Família, 2015), el profesional de referencia debe elaborar, en consonancia con las necesidades detectadas en el diagnóstico, un plan de atención social en el que debe especificar los objetivos —consensuados con el resto de profesionales que intervienen en el caso— de la intervención por parte de servicios sociales²⁷. Asimismo, y con el objetivo de garantizar que la persona usuaria conozca el plan de atención social propuesto, debe elaborar el llamado ‘documento de acuerdos’, donde constarán los compromisos (actividades) tanto de la Administración como de las personas del núcleo de convivencia. Finalmente, y con el objetivo de analizar los resultados de las actividades, el modelo establece que el profesional de referencia deberá evaluar la intervención periódicamente, haciendo un retorno a la persona usuaria. Más allá del desconocimiento del modelo por parte de los profesionales, el documento orienta la intervención en clave de los ‘productos’ que ésta debe generar.

El modelo de intervención

Respecto a la metodología para diseñar el plan de mejora, el hecho que la administración reguladora sea, a la vez, competente en el abordaje del desamparo influye en la tipología de problemas recogidos en el Instrumento de Cribado, que identifica las situaciones compatibles con el desamparo, y no reconoce tanto las habilidades y capacidades del niño/a o adolescente y de su entorno social, un sesgo sobre el que posteriormente los servicios sociales básicos desarrollarán su intervención. Así, si la intervención de los servicios sociales básicos en el ámbito de infancia y la adolescencia es percibida por parte de los guardadores como un cuestionamiento a su rol cuidador desde el primer momento, el paradigma de atención que se dibuja hará que tal cuestionamiento se reproduzca a lo largo de la intervención.

En este paradigma de intervención, la elaboración del plan de atención social no se acompaña con guías de intervención basadas en la evidencia que orienten al profesional sobre cómo reducir el riesgo, ni tampoco de un mapa de procesos que vincule todo el proceso de atención²⁸. Como consecuencia de estas deficiencias, la toma de decisiones sobre las acciones a emprender recae en su totalidad sobre los profesionales, siendo tales acciones muy dispares. Asimismo, debido a esta falta de herramientas o

²⁷ La denominación más usual de los planes de intervención en el ámbito de la infancia y la adolescencia es ‘plan de mejora’. En este apartado, los denominaremos así para facilitar la comprensión del conjunto de profesionales.

²⁸ Esto es, cómo la detección de las situaciones de desprotección alimenta la evaluación del riesgo social, cómo ésta identifica las necesidades sociales que el plan de intervención debe cubrir, y de qué indicadores dispone el profesional para evaluar el plan de atención social.

por la falta de tiempo, el plan de atención social no se documenta —casi con la excepción de los casos de alto riesgo, que deben derivarse al EAIA— y, por tanto, no se formalizan ni la hipótesis de trabajo ni los objetivos de la intervención, convirtiéndose estos últimos en un ‘seguimiento de la desprotección’. La falta de formalización del plan de atención social dificulta, además, consensuar los objetivos de intervención con el resto de servicios y profesionales que intervienen en el caso (intra e inter-administraciones), lo que impide un abordaje holístico e integral. Este hecho tiene una incidencia significativa en un contexto como el actual, en el que los procesos sociales derivados de la crisis económica²⁹ han puesto de relieve la necesidad de intervenciones más integradas con los servicios de intervención terapéutica³⁰, entre otros (véase, por ejemplo, Yoshikawa *et al.*, 2012).

Cabe señalar también la disfunción que genera en el *continuum* de intervención el llamado ‘compromiso socioeducativo’ (COSE)³¹. A pesar de que no puede tener una duración superior a un año, el desarrollo de este instrumento presupone los recursos del ámbito local, un elemento que no siempre va acompañado de la coordinación interprofesional y distorsiona la planificación municipal. En clave pedagógica, la prestación económica a la que tienen derecho las familias con COSE y unos ingresos iguales o inferiores al indicador de renta de suficiencia también es cuestionado desde los servicios sociales básicos, que ven cómo el hecho de percibir una prestación (muchas veces abonada en un único pago) supone, en la mayoría de casos, un grave incentivo a la mejora de las familias. Asimismo, también hay quien plantea introducir el copago para aquellas familias que pueden permitírselo, como un mecanismo de contención del gasto público y corresponsabilización (De Palma, 2013).

²⁹ Numerosos estudios han constatado el efecto negativo de las recesiones sobre la pobreza infantil, mostrando cómo la pérdida de trabajo e ingresos de los padres, el deterioro del ambiente familiar y los recortes presupuestarios en servicios sociales básicos tienen consecuencias directas e indirectas sobre el bienestar de los niños; véanse, por ejemplo, Persson y Chetty (2016), y Fernández (2015). Para el caso del Estado Español, véanse Martínez López (2014); García Rada (2013); y González-Bueno, Bello y Arias (2016). Para Cataluña, véanse Rajmil *et al.* (2013) y Síndic de Greuges de Catalunya (2013).

³⁰ Generalmente, los servicios sociales básicos no disponen de psicólogos entre los profesionales de sus equipos, un hecho que les obliga a derivar a los centros de salud mental infantil y juvenil o coordinarse con los centros de salud mental de adultos. En el primer caso, los problemas de coordinación son recurrentes, debido al tiempo de espera que presentan los servicios de este tipo, o a la divergencia de criterios diagnósticos (problema social o de salud mental).

³¹ Recordemos que en aquellas situaciones de riesgo grave en que la actuación de los servicios sociales básicos no es capaz de reducir una situación de riesgo social, éstos deben elevar el informe con la valoración de la situación de riesgo, el resultado de la intervención y la propuesta de medidas a los servicios especializados (art. 103.3 LDOIA) para que completen el estudio y elaboren un compromiso socioeducativo, que debe contener la descripción de la acreditación de la situación de riesgo, su evaluación y la concreción de medidas que se aplicarán desde los servicios sociales básicos, o desde otros servicios especializados, para la superación de la situación perjudicial (art. 103.4 LDOIA).

La planificación del mapa de recursos

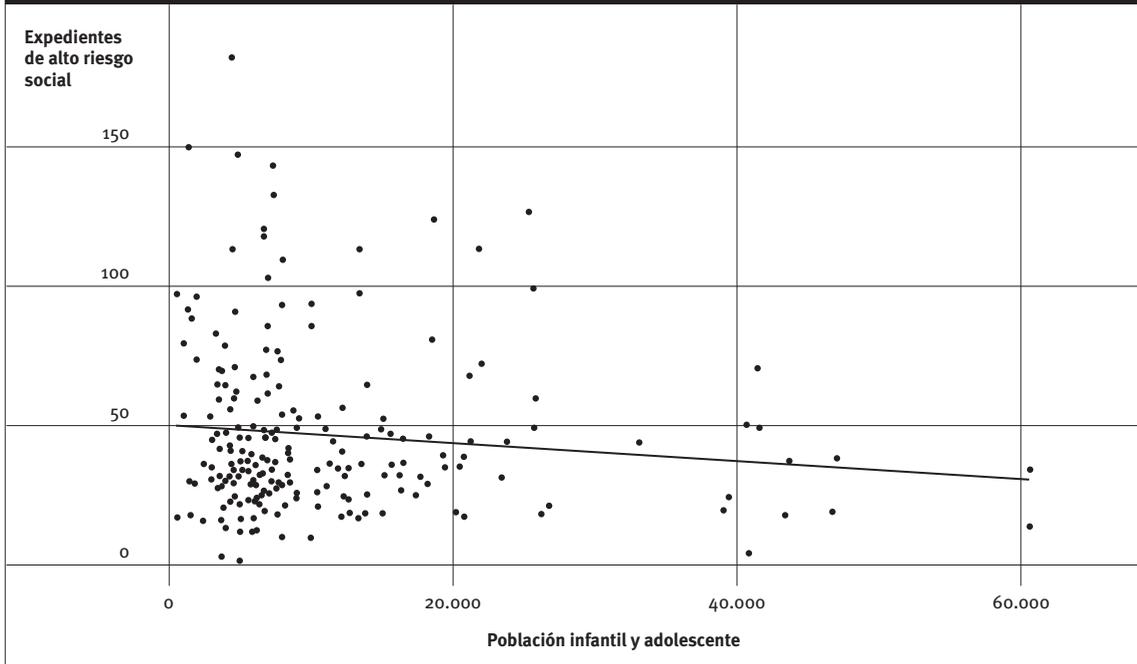
En primer lugar, el mapa de recursos municipal se configura sobre la base de la Cartera de Servicios³² y las prioridades técnico-políticas del territorio. Como la aproximación a la Cartera de Servicios se realiza fundamentalmente de acuerdo con criterios poblacionales, y no de acuerdo con los indicadores de riesgo detectados (que no son registrados en una base de datos común para toda Cataluña, excepto para las situaciones de alto riesgo social en que interviene el EAIA), el mapa de recursos municipal resultante no responde a las necesidades que debe afrontar. Como se muestra en el Gráfico 1, los municipios con menor población son los que muestran una mayor proporción de casos de alto riesgo social, un elemento que no solamente debería replantear la asignación de recursos, sino propiciar un análisis causal más detallado.

Respeto a las medidas para afrontar el riesgo, hay que señalar el bajo grado de concreción y desarrollo de las propuestas por la LDOIA (art. 104)³³, que no han desplegado un mapa de recursos que se ajuste a las necesidades que los profesionales están identificando. A modo de ejemplo, la ayuda a domicilio (reconocida en el art. 14d) no ha sido desarrollada, a pesar de mostrarse efectiva en la mejora de las capacidades parentales, los comportamientos y las habilidades de interrelación paterno-filiales, y de tener también efectos beneficiosos en el terreno de la salud, aumentando la vinculación de los progenitores con los servicios sociales, previniendo el abuso sexual, empoderando a los progenitores en la gestión de los aspectos cotidianos de su vida y contribuyendo a su autosuficiencia (Sweet y Appelbaum, 2004).

³² En el ámbito de infancia y adolescencia, la Cartera de Servicios Sociales incluye el servicio de centro abierto y varios servicios especializados: el Servicio de Tutela para la Infancia y la Adolescencia en Situación de Desamparo, el Servicio Especializado de Atención a la Infancia y Adolescencia (SEAIA), los centros de acogida, los centros residenciales de acción educativa —el Servicio de Centros Residenciales de Acción Educativa (CRAE), el Servicio de Centro Residencial de Educación Intensiva (CREI), el Servicio de Piso Asistido para Jóvenes de 16 a 18 Años, el Servicio de Piso Asistido para Jóvenes Mayores de 18 Años, el Servicio de Residencia o Pisos para Jóvenes Vinculados a Programas de Inserción Laboral), los servicios de integración familiar —Servicio de Unidad Convivencial de Acción Educativa—, el Servicio de Centro Socioeducativo Diurno, el Servicio de Centro Socioeducativo Nocturno, el Servicio de Acompañamiento Especializado a Jóvenes Tutelados y Extutelados (SAE), por sus siglas en catalán), el Servicio de Apoyo a la Adopción Internacional, el Servicio de Atención Postadoptiva, el Servicio de Teléfono de la Infancia (Infància Respon), el Servicio de Equipos de Valoración del Maltrato Infantil (EVAMI). Véase a este respecto <http://treballiaferssocials.gencat.cat/ca/ambits_tematicos/serveis_socials/la_cartera_de_serveis_socials/acces-a-laplacatiu/>. De carácter experimental, hay las Casas Infantiles, Equipos de Apoyo a la Familia Extensa, el Servicio Especializado en la Atención de Menores Víctimas de Abusos Sexuales de la Dirección General de Atención a la Infancia y la Adolescencia (DGAIA), y el Apoyo Terapéutico a las Familias Biológicas.

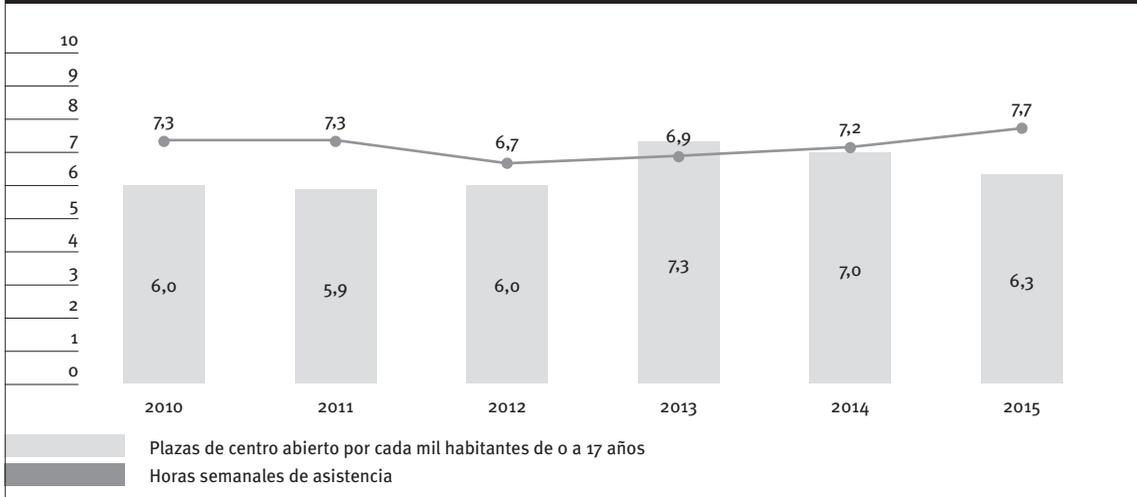
³³ Éstas van desde la orientación a la familia, el desarrollo de programas socioeducativos dirigidos a los progenitores o el acompañamiento educativo al niño o adolescente, hasta la ayuda a domicilio y la atención en centro abierto, pasando por la atención sanitaria, entre otras.

Gráfico 1. Expedientes de alto riesgo social y población infantil y adolescente de las áreas básicas de servicios sociales. Cataluña (excepto Barcelona), 2012-2013



Fuente: Elaboración propia a partir del Idescat.

Gráfico 2. Evolución de la atención a la infancia y adolescencia con la Cartera de Servicios Sociales. Cataluña, 2010-2015



Fuente: Diputació de Barcelona (2015: 129).

No se han desplegado tampoco aquellos recursos para incidir en la interacción social y el acceso a las actividades de ocio, un ámbito donde la evidencia muestra que participar en determinadas actividades extraescolares mejora los resultados escolares (especialmente en matemáticas y lectura), aumentando la predisposición al aprendizaje e incrementando las expectativas formativas³⁴.

En competencias psicosociales, se observa una mejora de la autopercepción, una reducción de comportamientos negativos, un incremento de la seguridad propia y la autoestima, y una reducción del consumo de drogas, entre otros comportamientos de riesgo (González-Bueno, Bello y Arias, 2016).

Con el objetivo de garantizar un abanico más amplio de actividades, el Síndic de Greuges³⁵ proponía, por ejemplo, aplicar convocatorias de ayudas,

³⁴ Estas mejoras equivalen a una ganancia de dos meses sobre el progreso académico medio de los alumnos en un curso escolar, y de dos meses y medio en el caso del alumnado más vulnerable.

³⁵ Defensor del Pueblo catalán.

bonificaciones y sistemas de tarificación social para el acceso a servicios municipales, como centros de tiempo libre (*casales*) y escuelas de música, y facilitar así el acceso a estos recursos por parte de las familias más vulneradas.

Ante las deficiencias del mapa de recursos, existe una gran inercia en la prescripción de centro abierto, un servicio que se integra en la propia estructura de los servicios sociales y que, además, se encuentra respaldado financieramente por la Generalitat. Respeto a este servicio —el único de la Cartera dirigido a la infancia y la adolescencia—, hay que señalar que el crecimiento de plazas del periodo 2010-2013 se ha invertido, situándose en 2015 en una tasa de cobertura de 6,25‰ plazas de 0-17 años (Gráfico 2), tal como se había determinado en el I Plan Estratégico de Servicios Sociales de Cataluña 2010-2013. No obstante, el número de horas de la prestación ha aumentado hasta situarse en una media de 7,7 por semana.

2.3.4. La evaluación de la intervención

Las deficiencias a la hora de sistematizar el proceso de planificar la intervención, así como los sistemas de documentación que no recogen de forma metódica las situaciones de la infancia y la adolescencia, ni tampoco la actividad profesional, dificultan enormemente la posibilidad de evaluar los planes de acción social, tanto desde un punto de vista de la gestión como de los resultados. Se requiere, por tanto, un modelo de intervención que oriente a los profesionales y un sistema de documentación social que apoye el proceso de intervención profesional, pero también ayude a diseñar y adaptar el mapa de recursos, una tarea que el ente regulador o una institución de segundo nivel, optimizando economías de escala, podría desarrollar.

3. La intervención local para la garantía de derechos en la infancia. Retos de futuro

3.1. La mejora de la sistematización del procedimiento en las situaciones de riesgo

La mayoría de los expedientes de niños y adolescentes en situación de riesgo se sitúan en los niveles de prevención y atención (de riesgo leve y moderado), y es precisamente allí donde tienen asignado un papel básico los servicios sociales de los entes locales. A primera vista, parecería insuficiente que la LDOIA dedique sólo cuatro artículos al riesgo (arts. 99, 102, 103 y 104) para concretar qué deben hacer y cómo las administraciones locales. Sería esperable, por lo tanto, una mayor concreción y detalle funcional de las competencias otorgadas a estos entes³⁶. La LDOIA no hace referencia explícita

a un proceso administrativo en el riesgo, porque elabora un marco mínimo flexible en la intervención técnica y adaptable a la realidad cambiante del niño o adolescente y de su familia (Mayoral, 2011). En la práctica, cabe presumir que este ‘antiformalismo’ administrativo puede tener algunos efectos también en el ámbito técnico, y sería interesante contrastarlo con comunidades como Canarias³⁷, Cantabria³⁸ o La Rioja³⁹, que sí prevén un procedimiento administrativo y una resolución para declarar la situación de riesgo. Uno de los posibles efectos negativos de no vincular la situación de riesgo con un proceso administrativo formal podría ser que la valoración no siempre se realiza bajo los mismos parámetros en cada municipio.

Más allá de la formalización administrativa o no del riesgo, lo que sí es claro es que, a pesar de la existencia del Instrumento de Cribado proporcionado por la Generalitat, con criterios unificados en el momento de realizar la valoración, está pendiente una formación a los profesionales de los servicios sociales para que dominen la herramienta y puedan contrastar su validez práctica. En algunos casos, como se ha apuntado en apartados anteriores, existen resistencias profesionales relativas al valor añadido que este proceso aporta y a las discrepancias con el propio ‘criterio profesional’. Así pues, tenemos un primer reto serio: actualmente la gestión de una situación de riesgo tiene una cierta dosis de discrecionalidad, por lo que debemos evitar un itinerario de intervención diferente en cada ayuntamiento.

En este sentido, queda mucho camino por recorrer en lo que se refiere a la sistematización de las situaciones y los procesos que concurren en los casos de riesgo en la infancia y en cómo se recogen y se organizan esos datos. Esto es, ¿hablamos de necesidades, de problemas, de capacidades, de factores de protección? Son pocos todavía los entes locales que señalan en la detección y valoración de los casos los indicadores de la orden BSF/331/2013, y son aún menos los que tienen programas informáticos en los cuales se pueda sistematizar la información recibida con el objeto de realizar estadísticas o estudios para mejorar la acción pública. En los últimos años, algunas administraciones (sobre todo aquellas mayores de 50.000 habitantes y de segundo nivel) han trabajado en aplicativos de gestión local de los servicios sociales que permiten apoyo a la planificación y desarrollo del plan de mejora, y a la vez, exportar datos para su análisis. No obstante, son pocos los que de forma específica incorporan indicadores del ámbito de infancia y adolescencia. En este sentido, convendría que la administración

³⁷ Los procedimientos se recogen en el título IV de la Ley 1/1997, de 7 de febrero, de Atención Integral a los Menores.

³⁸ Los procedimientos se incluyen en las secciones segunda y tercera de la Ley de Cantabria 8/2010, de 23 de diciembre, de Garantía de Derechos y Atención a la Infancia y la Adolescencia.

³⁹ El procedimiento se recoge de los artículos 35 al 47 de la Ley 1/2006, de 28 de febrero, de Protección de Menores de La Rioja.

³⁶ Las intervenciones en situaciones de desamparo, por el contrario, se regulan detalladamente (art. 106 LDOIA) en un procedimiento técnico-jurídico de carácter administrativo.

competente en infancia y adolescencia diera instrucciones claras sobre las herramientas existentes para detectar y valorar casos de riesgo a los entes locales con responsabilidades en esta materia. La Dirección General de Atención a la Infancia y la Adolescencia sólo exige el uso del Instrumento de Cribado, por ejemplo, cuando se trata de casos que deben ser elevados desde los servicios sociales básicos a los Equipos de Atención a la Infancia y la Adolescencia o al propio Departamento, y a la inversa, cuando es la propia Dirección General de Atención a la Infancia y la Adolescencia la que envía casos para que se aborden en el territorio y que valora como expedientes de riesgo, y no de desamparo.

Por tanto, tenemos un reto importante en definir bien las situaciones para poner por escrito planes de trabajo que sean coherentes y evaluables por parte de los servicios locales. La evaluación (tanto de los casos como de los servicios y recursos) es básica si queremos avanzar. En ocasiones, se trabaja mediante estandarizaciones que se resuelven con la provisión de servicios (recurrentemente, el centro abierto, el único garantizado en la Cartera de Servicios), sin cuestionar si de hecho se produce una disminución de la situación de riesgo, reparando en ello sólo si la situación se agrava.

Una línea de trabajo para una atención homogénea que asegure la garantía de derechos de los niños y adolescentes en todo el territorio puede ser clarificar un modelo autonómico de actuación local en las situaciones de riesgo, especificando en él los procedimientos y las propuestas de medidas que se recogen en los artículos 103 (intervención de los servicios sociales) y 104 (medidas de atención social y educativa) de la LDOIA⁴⁰.

Otro de los retos importantes es el de la coordinación. En este apartado hay dos frentes. Por un lado, entre servicios sociales básicos y servicios sociales especializados (EAIA). Parece claro que se debe avanzar hacia una mejor y mayor unificación de las situaciones de riesgo grave que implicarán el trabajo conjunto de ambos servicios, definiendo las situaciones que se encuentran al límite (riesgo leve-moderado y grave o riesgo-desamparo) y cómo han de actuar en ellas los profesionales locales. En este sentido, existen experiencias de protocolos de coordinación entre servicios sociales locales y EAIA que se podrían seguir como ejemplo para la mejora.

Por otro lado, cabe mejorar también la coordinación entre los diferentes servicios primarios de detección y notificación de situaciones de riesgo o maltrato (singularmente, educación, salud, seguridad y servicios sociales), estableciendo un

⁴⁰ Sobre esta cuestión, una propuesta interesante es que la intervención en situaciones de riesgo se articule en forma de un plan de intervención individual, familiar o convivencial con carácter obligatorio, así como especificar la periodicidad con la que los servicios sociales básicos deben evaluar las medidas para mitigar la situación de riesgo —cada seis meses— (Ravetllat, 2015).

protocolo único que se articule, a su vez, en clave local —una estrategia que ha demostrado ser eficaz—. La multiplicidad de protocolos actuales (de departamentos, territoriales, sectoriales) crea confusión e inseguridad entre los profesionales. También es básico redoblar los esfuerzos de formación y empoderamiento de estos profesionales en prevención, detección y derivación de situaciones de riesgo en la infancia y la adolescencia.

3.2. Estructurar un *continuum* de prevención y atención del riesgo en la infancia a nivel local: la Cartera de Servicios Sociales

Desde 2010, la Cartera de Servicios Sociales tiene los centros abiertos como único recurso garantizado (exigible como derecho subjetivo) para la infancia y la adolescencia en situación de riesgo, como recurso preventivo para favorecer la integración social y la adquisición de aprendizajes. Los entes locales tienen la financiación para una de las medidas de atención social y educativa ante las situaciones de riesgo que son de su competencia (art. 104 LDOIA). Sin embargo, las medidas vinculadas al desamparo (competencia de la Generalitat) sí que se contemplan en la Cartera como recursos garantizados.

Es evidente que se hace necesario también un esfuerzo económico en el ámbito del riesgo, pero no se trata exclusivamente de un debate sobre cantidad, sino también sobre calidad. La evidencia empírica sobre la importancia de la prevención, la detección y la intervención en situaciones de infancia y adolescencia vulnerable es muy amplia. De forma recurrente, los estudios concluyen que los hijos e hijas de familias vulnerables (con experiencias negativas en los primeros años de vida por bajos niveles de renta, vivienda o relaciones familiares inadecuadas) pueden ver afectadas negativamente sus aptitudes cognitivas, experimentar con mayor probabilidad desventajas en su salud, o malos resultados educativos o laborales, y que puede que esa desventaja se cronifique. Por este motivo, nos parece pertinente que el diseño de los servicios, programas y recursos dirigidos a la infancia y la adolescencia (particularmente en las situaciones de riesgo) se configuren en clave de continuidad en lo que respecta a la prevención y atención: intervenir preventivamente en edades tempranas, centrándose en las familias y sus funciones parentales para realizar intervenciones específicas de atención con el niño/a o adolescente cuando sea necesario, sin dejar de lado la interacción familiar y el entorno.

Una posible clasificación de los servicios dirigidos a la infancia es la de modelos dualísticos y holísticos⁴¹ (Hetherington, 2006; Katz y Hetherington, 2006). Si entendemos que son complementarios, sería

⁴¹ La diferencia entre estos sistemas estribaría en si la clave de la intervención es la protección de los niños (modelos dualísticos) o si lo es el apoyo a la familia (modelos holísticos).

coherente incorporar como derechos subjetivos tanto prestaciones dirigidas a la prevención y atención de situaciones de riesgo en niños/as y adolescentes como los recursos centrados en apoyar a las familias y sus funciones. Los servicios preventivos deberían mantener el apoyo —siempre y cuando fuera necesario— en los primeros años de vida (en recursos destinados a la familia y a los niños, como por ejemplo, guarderías o servicios domiciliarios y de apoyo a las funciones familiares. Desde el enfoque de la continuidad, la complementariedad y la

garantía de derechos, tendría sentido la inclusión en la Cartera de Prestaciones Garantizadas de recursos en clave de segunda oportunidad u orientados a las transiciones adolescentes, así como de servicios especializados, como los centros de salud mental infantil y juvenil, entre otros.

Por último, para garantizar los derechos de los niños y adolescentes, cabe resaltar que es primordial una planificación de los recursos basada en las necesidades e indicadores, y no en la población.

Bibliografia referenciada

- BLASCO, J. (2016): *De l'escola bressol a les polítiques de petita infància*, serie Documents de Treball, nº 27, Barcelona, Fundació Jaume Bofill [<http://www.fbofill.cat/publicacions/document-de-treball-de-lescola-bressol-les-politiques-la-petita-infancia?lg=es>].
- CANARIAS (2007): "Ley 1/1997, de 7 de febrero, de Atención Integral a los Menores", *Boletín Oficial de Canarias*, nº 23, 17-2-97, págs. 1.739-1.766 [<http://www.gobcan.es/boc/1997/023/001.htm>].
- CANTABRIA (2008): "Ley de Cantabria 8/2010, de 23 de diciembre, de Garantía de Derechos y Atención a la Infancia y la Adolescencia", *Boletín Oficial de Cantabria*, nº 34, 28-12-10, págs 2.357-2.417 [<https://boc.cantabria.es/boces/verAnuncioAction.do?idAnuBlob=195818>].
- CATALUÑA (2015): "Decret 169/2015, de 21 de juliol, pel qual s'estableix el procediment per facilitar en coneixement dels orígens biològics", *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*, nº 6.919, 23-7-15 [http://portaljuridic.gencat.cat/ca/pjur_ocults/pjur_resultats_fitxa/?documentId=698930&action=fitxa].
- (2013): "Decret 250/2013, de 12 de novembre, de la Taula Nacional i les taules territorials i locals d'infància", *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*, nº 6.501, 14-11-13 [http://portaljuridic.gencat.cat/ca/pjur_ocults/pjur_resultats_fitxa/?action=fitxa&documentId=648402].
- (2013): "Decret 200/2013, de 23 de juliol, dels consells de participació territorial i nacional dels infants i adolescents de Catalunya", *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*, nº 6.425, 25-7-13 [http://portaljuridic.gencat.cat/ca/pjur_ocults/pjur_resultats_fitxa/?documentId=641642&action=fitxa].
- (2013): "Decret 230/2013, d'1 d'octubre, de règim sancionador en matèria d'infància i adolescència, en l'àmbit competencial de l'Administració de la Generalitat de Catalunya", *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*, nº 6.472, 3-10-13 [http://portaljuridic.gencat.cat/ca/pjur_ocults/pjur_resultats_fitxa/?documentId=644994&action=fitxa].
- (2013): "Ordre BSF/331/2013, de 18 de desembre, per la qual s'aproven els llistats d'indicadors de protecció dels infants i adolescents", *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*, nº 6.530, 30-12-13 [http://portaljuridic.gencat.cat/ca/pjur_ocults/pjur_resultats_fitxa/?action=fitxa&documentId=651572].
- (2010): "Llei 14/2010, del 27 de maig, dels drets i les oportunitats en la infància i l'adolescència", *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*, nº 5.641, 2-6-10 [http://portaljuridic.gencat.cat/ca/pjur_ocults/pjur_resultats_fitxa/?action=fitxa&documentId=553898].
- (2007): "Llei 12/2007, d'11 d'octubre, de serveis socials", *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*, nº 4.990, 18-10-07 [http://portaljuridic.gencat.cat/ca/pjur_ocults/pjur_resultats_fitxa/?action=fitxa&documentId=415692].
- (2003): "Decret Legislatiu 2/2003, de 28 d'abril, pel qual s'aprova el Text refós de la Llei municipal i de règim local de Catalunya", *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*, nº 3.887, 20-5-03 [http://portaljuridic.gencat.cat/ca/pjur_ocults/pjur_resultats_fitxa/?action=fitxa&documentId=320821].
- (1986): "Decret 338/1986, del 18 de novembre, de regulació de l'atenció a la infància i l'adolescència amb alt risc social", *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*, nº 780,

- 19-12-86 [http://portaljuridic.gencat.cat/ca/pjur_ocults/pjur_resultats_fitxa?action=fitxa&documentId=22573].
- COMISIÓ EUROPEA (2013): “Recomendación de la Comisión, de 20 de febrero de 2013, ‘Invertir en la infancia: romper el ciclo de las desventajas’”, Bruselas, Comisión Europea, DO L 59 [http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=CELEX:32013H0112].
- (2006): “Comunicación de la Comisión Europea, de 4 de julio de 2006, ‘Hacia una estrategia de la Unión Europea sobre los Derechos de la Infancia’”, Bruselas, Comisión Europea, COM(2006) 367 final [http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=celex:52006DC0367].
- DEPARTAMENT DE BENESTAR SOCIAL I FAMÍLIA (2015): *Pla d’atenció integral a la infància i l’adolescència 2015-2018*, Barcelona, Generalitat de Catalunya [https://www.diba.cat/documents/95670/61580784/Pla_InfanciaAdolescencia_2015_2018.pdf].
- (2013): *Pacte per a la infància a Catalunya*, Barcelona, Generalitat de Catalunya [http://treballiaferssocials.gencat.cat/web/.content/03ambits_tematic/07infanciaiadolescencia/pacte_infancia_catalunya/pacte_infancia_catalunya_juliol_2013.pdf].
- DEPARTAMENT DE TREBALL, AFERS SOCIALS I FAMÍLIES (2016): “Acord GOV/65/2016, de 17 de maig, pel qual es crea la Comissió Interdepartamental per a l’Impuls de la Protecció Efectiva davant els Maltractaments a Infants i Adolescents i s’aproven mesures específiques en aquesta matèria”, *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*, nº 7.123, 19-5-16 [http://dogc.gencat.cat/ca/pdogc_canals_interns/pdogc_resultats_fitxa/?action=fitxa&documentId=726991].
- DIPUTACIÓ DE BARCELONA (2016): *15^a edició del cercle de comparació intermunicipal de serveis socials. Resultats any 2015*, Barcelona, Diputació de Barcelona [http://www.diba.cat/documents/14465/1770201/Informe+final+de+l+liure+disposici%C3%B3+dels+Cercles+de+Comparaci%C3%B3+de+Serveis+Socials+2015.pdf/>].
- (2006): *Els espais familiars de petita infància*, Barcelona, Diputació de Barcelona [https://www.diba.cat/c/document_library/get_file?uuid=defoc2ab-521e-410d-9f4b-5f4add28c446&groupId=14465].
- DIRECCIÓ GENERAL D’ATENCIÓ A LA INFÀNCIA I L’ADOLESCÈNCIA. (2016): *Protocol d’actuació entre els Departaments de Treball, Afers Socials i Famílies i d’Ensenyament, de Prevenció, Detecció, Notificació, Derivació i Coordinació de les situacions de Maltractament Infantil i Adolescent en l’àmbit educatiu*, Departament de Treball, Afers Socials i Famílies [http://www.edubcn.cat/rcs_gene/extra/04_prevenio_maltractament_infantil/protocol_actuacio_situacions_maltractament_infantil_adolescent_ambit_educatiu_2016.pdf].
- (2007): “Acord del Govern GOV/121/2007, de 16 d’octubre, pel qual es crea la Unitat de Detecció i Prevenció del Maltractament Infantil (UDEPMI)”.
- ESPAÑA (1999): “Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal”, *Boletín Oficial del Estado*, nº 298, 14-12-99, págs. 43.088-43.099 [https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1999-23750].
- FERNÁNDEZ, E. (2015): “Understanding child and family poverty: An introduction to some key themes and issues”, en FERNÁNDEZ, E. et al., *Theoretical and Empirical Insights into Child and Family Poverty: Cross National Perspectives*, Cham, Springer International Publishing Switzerland, págs. 1-10.
- FONT-MAYOLAS, S.; PLANES, M.; y GRAS, M. E. (2010): *Els espais familiars de petita infància. Guia d’avaluació*, Barcelona, Diputació de Barcelona.
- GARCÍA RADA, A. (2013): “Child poverty and malnutrition rise in Spain as austerity measures bite”, *BMJ*, nº 347, f5261 [https://doi.org/10.1136/bmj.f5261].
- GENERALITAT DE CATALUNYA (2015): *Model de serveis socials bàsics de Catalunya. Desenvolupament del Servei Bàsic d’Atenció Social (SBAS)*, col·lecció Eines, Barcelona, nº 23, Generalitat de Catalunya [http://treballiaferssocials.gencat.cat/web/.content/01departament/08publicacions/coleccions/eines/num_23/eines-23-def.pdf].
- (2010): *I Pla Estratègic de Serveis Socials de Catalunya 2010-13*, Generalitat de Catalunya [http://treballiaferssocials.gencat.cat/web/.content/03ambits_tematic/15serveissocials/pla_estrategic_serveis_socials/Pla_estrategic_serveis_socials_catalunya_NOU/LPESSC/03_pla_estrategic_ss_catalunya/documents/documents_10_12_2010/pessc_definitiu_2010-2013.pdf].
- GONZÁLEZ-BUENO, G.; BELLO, A.; y ARIAS, M. (2012): *La infancia en España 2012-2013*, Madrid, Unicef España [https://old.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/Infancia_2012_2013_final.pdf].
- HETHERINGTON, R. (2006): “Learning from difference: Comparing child welfare systems”, en FREYMOND, N.; CAMERON, G. (eds.), *Towards Positive Systems of Child and Family Welfare*, Toronto, University of Toronto Press, págs. 27-50.
- KATZ, I.; y HETHERINGTON, R. (2006): “Co-operating and communicating: A European perspective on integrating services for children”, *Child Abuse Review*, vol. 15, nº 6, págs. 429-439.
- MARTÍNEZ LÓPEZ, R. (2014): “Pobreza infantil en España: tendencias e impacto de la crisis”, *Panorama Social*, nº 20, págs. 9-21.
- MAYORAL, S. J. (2011): “El sistema de protecció a la Infància i l’Adolescència en la Llei 14/2010, de 27 de maig, de Drets i Oportunitats en la Infància i Adolescència (LDOIA)” [http://treballiaferssocials.gencat.cat/web/.content/03ambits_tematic/07infanciaiadolescencia/temes_relacionats/sistema_proteccio_ldoia.pdf].
- NOVELLA, A. M.; y LLENA, A. (eds.) (2016): *Infància i participació política. Recull d’experiències de consells d’infants i/o adolescents a Catalunya*, Barcelona, Universitat de Barcelona.

- PALMA, Á. DE (2013): “L’actuació de l’Administració local en materia de prevenció, atenció i protecció a la infància i l’adolescència” [informe inédito], Diputació de Barcelona.
- (2011): “El derecho de los menores a recibir una protección: el papel de la familia y de las administraciones públicas en situaciones de riesgo, dificultad social y desamparo de los menores”, *Anuario de la Facultad de Derecho de la Universidad Autónoma de Madrid*, nº 15, págs. 185-215.
- PARLAMENTO EUROPEO (2008): “Resolución de 16 de enero, sobre la Comunicación de la Comisión ‘Hacia una estrategia de la Unión Europea sobre los Derechos de la Infancia’”, Estrasburgo, Parlamento Europeo [<http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P6-TA-2008-0012+0+DOC+XML+Vo//ES>].
- PERSSON, P.; y CHETTY, R. (2016): “Inequality in early childhood and effective public policy interventions”, *Economic Report of the President*, págs. 153-206 [https://obamawhitehouse.archives.gov/sites/default/files/docs/ERP_2016_Chapter_4.pdf].
- RAJMIL, L. *et al.* (2013): “Impact of the economic crisis on children’s health in Catalonia: A before–after approach”, *BMJ*, vol. 3, nº 8, e003286 [<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-003286>].
- RAVETLLAT, I. (2015): *Anàlisi i reflexions entorn el desplegament de la llei 14/2010 dels drets i les oportunitats en la infància i l’adolescència. 5 anys de la seva publicació*, Barcelona,
- Federació d’Entitats d’Atenció i d’Educació a la Infància i l’Adolescència.
- RIOJA, LA (2006): “Ley 1/2006, de 28 de febrero, de Protección de Menores de La Rioja”, *Boletín Oficial de La Rioja*, 9-3-06 [<http://www.larioja.org/bor/es/boletines-nuevo?tipo=2&fecha=2006/03/09&referencia=665858-1-HTML-349189-X>].
- SÍNDIC DE GREUGES DE CATALUNYA (2014): *Informe sobre el dret al lleure educatiu i a les colònies escolars*, Síndic de Greuges de Catalunya [<http://www.sindic.cat/site/unitFiles/3687/Informe%20sobre%20el%20lleure%20educatiu.pdf>].
- (2013): *Informe sobre la malnutrició infantil en Catalunya*, Síndic de Greuges de Catalunya [<https://www.sindic.cat/site/unitFiles/3505/Informe%20malnutricio%20infantil%20castella.pdf>].
- SWEET, M. A.; y APPELBAUM, M. I. (2004): “Is home visiting an effective strategy? A meta-analytic review of home visiting programs for families with young children”, *Child Development*, vol. 75, nº 5, págs. 1.435-1.456 [<https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2004.00750.x>].
- TRILLA, J.; y NOVELLA, A. (2011): “Educación y participación social de la infancia”, *Revista Iberoamericana de Educación*, nº 26, págs. 160-163 [<http://rieoei.org/rie26a07.htm>].
- YOSHIKAWA, H. J.; LAWRENCE A.; y BEARDSLEE, W. R. (2012): “The effects of poverty on the mental, emotional, and behavioral health of children and youth: Implications for prevention”, *The American Psychologist*, vol. 67, nº 4, págs. 272-284 [<https://doi.org/10.1037/a0028015>].

Tendencias y buenas prácticas en la atención a la infancia en situación de riesgo social

SIIS Centro de Documentación y Estudios

<estudios@siis.net>

Ebidentzia zientifikoak agerian jarri du haurtzaroan sorturiko desberdintasunek ondorioak izaten dituztela pertsonen bizitza osoan, eta hertsiki loturik daudela pobrezia eta desberdintasunaren belaunaldien kopiaketan. Halaber, ingurune sozial eskasetatik datozen adingabekoen egoera desabantailatsuak orekatzera bideratutako politikek agertu dute itzulkin ekonomiko eta sozial positiboak dituztela, eta modu horretan ekiditen direla biztanleriaren talde horren baitan eragin jasoa duten arazo sozial horiek gertatzea edota are gehiago okertzea. Artikulu honek eskaintzen du panorama orokor bat 'haurtzaroaren errefortzurako' politiketako jardueren arlo nagusi eta helburuekiko, eta horretarako biltzen dira maila nazionalean eta nazioartean ezarri diren jarduera egokiak.

GAKO-HITZAK:

Haurtzaroa, pobrezia, hezkuntza bitarteko gizarteratzea, prebentzioa, arreta goiztiarra, familia-eskuartzea.

La evidencia científica ha puesto de manifiesto que las desigualdades generadas en la infancia tienen consecuencias a lo largo de todo el ciclo vital de las personas, y están estrechamente vinculadas al fenómeno de la reproducción intergeneracional de la pobreza y la desigualdad. Además, las políticas dirigidas a compensar las situaciones de desventaja de los y las menores procedentes de entornos socialmente desfavorecidos han demostrado tener un retorno económico y social positivo, logrando evitar la aparición o el agravamiento de problemas sociales con una alta incidencia en estos grupos de población. Este artículo ofrece un panorama general de las principales áreas de actuación y de los objetivos de las políticas de 'refuerzo en la infancia', a través de una recopilación de buenas prácticas implementadas a escala nacional e internacional en este ámbito.

PALABRAS CLAVE:

Infancia, pobreza, inclusión educativa, prevención, atención temprana, intervención familiar.

1. Introducción

Proceder de un contexto familiar vulnerable afecta de forma decisiva a las oportunidades vitales de niños y niñas. Un punto de partida desfavorable en la infancia se relaciona con un menor acceso a la formación y la cultura, un bajo rendimiento escolar, peores índices de salud física y mental, y una mayor probabilidad de adoptar conductas de riesgo y comportamientos antisociales a lo largo de la vida (Assiego y Ubrich, 2015; Harvey, 2014; Allen, 2011; Waldfogel, y Washbrook, 2011; Field, 2010). Las desigualdades generadas en la infancia, además, tienen consecuencias a lo largo de todo el ciclo vital de las personas, dando lugar a una reproducción o transmisión intergeneracional de la pobreza y la exclusión social (Fundación Foessa, 2016; Unicef, 2014; Field, 2010).

En este sentido, las políticas de refuerzo en la infancia no sólo contribuyen a promover la igualdad de oportunidades en edades tempranas, sino que existe una evidencia científica creciente de que tienen un retorno económico y social positivo. Numerosos estudios han demostrado que el abordaje tardío de los problemas de aprendizaje, integración y conducta de niños y niñas resulta, no sólo más costoso, sino más ineficaz, un hecho que sitúa a las políticas de refuerzo en la infancia entre las políticas de inversión social (Allen, 2011; Field, 2010; Karoly, Kilburn y Cannon, 2005).

El principal objetivo de las políticas de refuerzo en la infancia es contribuir al desarrollo integral de los niños y niñas en situación de desventaja social. Desde el punto de vista de su contenido, las intervenciones se centran en los siguientes ámbitos:

- La provisión de servicios de atención temprana y detección precoz dirigidos a ofrecer apoyo suplementario a las familias desde el momento del nacimiento y durante los primeros años de vida del menor (de 0 a 6 años), una fase crítica del desarrollo que tiene un efecto de largo alcance en las capacidades cognitivas, emocionales y sociales de los niños y niñas en etapas posteriores de la infancia, la adolescencia y la edad adulta.
- La mejora de las habilidades parentales de los padres y madres para hacer frente a las distintas etapas de la crianza de sus hijos/as, especialmente, mediante la implementación de programas de parentalidad positiva y servicios de orientación o asesoría en situaciones de conflicto familiar.
- La promoción de la salud física y mental de los y las menores, a través de:
 - Servicios y programas de salud materno-infantil dirigidos a garantizar unas buenas condiciones de salud y bienestar de los menores y sus madres durante los primeros años de vida.

- Programas que garanticen el acceso a servicios (logopedia, psicomotricidad) y bienes (gafas, audífonos) relacionados con la salud de los menores que no están cubiertos por el sistema de salud pública.
 - Programas que impulsen hábitos de vida saludables en la familia en ámbitos como la alimentación, la higiene o la actividad física.
 - Programas dirigidos a promover el desarrollo de competencias sociales y emocionales de niños y niñas.
- La mejora del rendimiento escolar de los niños y niñas mediante:
 - Programas dirigidos a promover la participación y las competencias de padres y madres en el apoyo y acompañamiento a la educación de sus hijos e hijas.
 - Programas de refuerzo escolar dirigidos a ofrecer apoyo a los niños y niñas que muestran dificultades de aprendizaje, más allá del horario escolar.
 - Programas dirigidos a garantizar el acceso de los niños y niñas a material escolar y otros equipamientos necesarios para participar adecuadamente en el entorno de la educación formal, pero también para crear entornos de aprendizaje en sus respectivos hogares que contribuyan a su estimulación y desarrollo cognitivo.
 - Favorecer el acceso de los niños y niñas a programas y actividades culturales, de ocio y tiempo libre:
 - Mediante fórmulas subvencionadas de acceso a las actividades culturales, de ocio y tiempo libre para los y las menores, en el marco de la oferta dirigida al conjunto de la población.
 - Favoreciendo el acceso de las familias en situación de desventaja social a programas de actividades culturales, ocio y tiempo libre en familia.
 - Mediante programas que ofrezcan actividades culturales, de ocio y tiempo libre para los y las menores procedentes de familias en situación de desventaja social los fines de semana y durante los periodos vacacionales.
 - Tratar de que los programas incluyan también acciones que contribuyan a mejorar la situación de los padres y madres en aquellas áreas donde presenten una mayor vulnerabilidad (ámbito económico, problemas de salud mental, soledad, aislamiento y falta de redes de apoyo, baja formación, desconocimiento del idioma local, escasas habilidades personales o sociales).

En este artículo, se presentan una serie de programas que han demostrado su eficacia en cada uno de estos ámbitos y se enumeran también algunos factores de éxito identificados en la evaluación de programas similares.

2. Detección precoz y atención temprana

La detección precoz y la atención temprana tienen como objetivo identificar y abordar los problemas relacionados con el aprendizaje, la conducta, la salud y, de forma general, el bienestar de niños y niñas de forma temprana, concretamente, en la primera infancia (de 0 a 6 años). Existe una fuerte evidencia científica de la importancia que el periodo de 0 a 3 años tiene de cara a sentar las bases del desarrollo y fijar las estructuras cognitivas, la competencia emocional y las habilidades sociales básicas de niños y niñas (Harvey, 2014; Waldfogel y Washbrook, 2010). Esto supone que el entorno en el que los menores viven durante sus primeros años de vida compromete de forma crucial sus posibilidades de desarrollo y puede dar lugar a desigualdades en edades tan tempranas como los 2 y 3 años (Harvey, 2014; Field, 2010; Waldfogel y Washbrook, 2010; Karoly, Kilburn y Cannon, 2005). Como señala Field (2010), el nivel de desarrollo de un menor a los 22 meses sirve como un indicador bastante fiable del nivel educativo que esta persona haya alcanzado a la edad de 26 años.

Las intervenciones en el ámbito de la atención precoz tienen como objetivo incidir sobre los factores que afectan al desarrollo de niños y niñas durante sus primeros años de vida¹. En la revisión de programas aplicados en el ámbito de la atención precoz realizada por Axford *et al.* (2015), estos autores clasifican los programas en tres tipos, en función del principal objetivo que guía la intervención:

- Promoción del vínculo y de un apego seguro entre los bebés y sus progenitores.
- Mejora de las habilidades sociales, emocionales y comportamentales de niños y niñas.
- Mejora de las habilidades comunicativas y lingüísticas.

2.1. Promoción del vínculo y de un apego seguro entre los bebés y sus progenitores

Este tipo de programas abarcan el periodo perinatal y pueden extenderse desde el embarazo hasta el primer o segundo año de vida del bebé. La mayoría están basados en la teoría del apego y el principal objetivo de las intervenciones es promover una parentalidad sensible a las necesidades y los estados

¹ El desarrollo de niños y niñas durante los primeros años de vida está determinado, principalmente, por los siguientes factores (Harvey, 2014; Field, 2010; Frazer, 2010):

- Una buena nutrición, un buen estado de salud y bajos niveles de estrés de la madre durante el embarazo.
- Una buena nutrición y un buen estado de salud adecuados de la niña o niño durante los primeros años de vida.
- El desarrollo de un vínculo y una relación de apego segura y estable entre la madre y el niño. Este factor se halla estrechamente vinculado al estado de salud de la madre y, especialmente, a su salud mental.
- Un entorno estimulante determinado por la calidad y la frecuencia de la interacción con sus progenitores y otras figuras cuidadoras relevantes, y también por la interacción positiva con otros niños y niñas.

internos del bebé, fortaleciendo la capacidad de los progenitores de responder a sus demandas. Algunas de las intervenciones abordan, además, problemas de los padres y madres (depresión, ansiedad, trastornos mentales, adicciones) que interfieren en su capacidad de ofrecer un buen cuidado a sus hijos/as.

Axford *et al.* (2015) identifican diversas formas de provisión de estos programas para grupos de población en situación de riesgo: visitas domiciliarias, sesiones individuales de retroalimentación a partir de grabaciones de vídeo en las que se analiza la interacción progenitor-bebé, y sesiones grupales de formación e información. La revisión realizada por estos autores muestra que los programas de visitas domiciliarias —donde un profesional cualificado acude regularmente al domicilio familiar para trabajar con los progenitores aspectos relacionados con el cuidado y la crianza del bebé— son los más eficaces para los grupos de alto riesgo (madres adolescentes, familias monoparentales en situación de pobreza, mujeres embarazadas con trastorno depresivo o síntomas de tenerlo)². Uno de los programas de este tipo que ha demostrado mayor eficacia es el Nurse Family Partnership (NFP)³, aplicado inicialmente en los Estados Unidos y dirigido a madres adolescentes menores de 19 años. En el caso de los grupos de población vulnerable que no muestran claros indicadores de riesgo, los programas grupales (Baby Steps, Mellow Bumps) o los basados en sesiones individuales (Video Feedback Intervention to Promote Positive Parenting [VIPP]) han demostrado ser intervenciones adecuadas y suficientes. Finalmente, también existen programas de psicoterapia específicamente dirigidos a niños y niñas con problemas de conducta a edades tempranas⁴.

² Existen programas de visitas domiciliarias de carácter preventivo o de *screening*, cuyo objetivo es identificar casos en los que, en ausencia de indicadores de riesgo en la unidad familiar, los progenitores tengan, no obstante, dificultades para llevar a cabo la crianza de sus hijos/as. Recientemente, en el marco del Healthy Child Programme, en el Reino Unido han comenzado a realizarse visitas domiciliarias, de carácter obligatorio, a todos los hogares donde reside algún menor de entre 0 y 2 años de edad.

³ En la revisión de Axford *et al.* (2015), se identifican ocho programas de atención temprana implementados a través de visitas domiciliarias y cuyos resultados han demostrado ser positivos en evaluaciones hechas con grupos de control, aunque la solidez de las evaluaciones y la magnitud del efecto observado varía ampliamente de un programa a otro y entre los diversos estudios realizados. Estos programas son los siguientes: Community Mothers, Early Start, Family Thriving Programme, Nurse Family Partnership, Maternal Early Childhood Sustained Home Visiting (MECSH), Nobody Slips through the Net, SafeCare y The Social Baby.

⁴ Estos programas se aplican tras la detección de problemas de conducta en los menores a edades tempranas. En la revisión de Axford *et al.* (2015), se recogen cinco programas de este tipo. Cuatro de ellos obtienen resultados positivos en evaluaciones realizadas con grupos de control (Anna Freud Parent Infant Project [PIP]; Toddler-Parent Psychotherapy; Watch, Wait, Wonder; y Child Parent Psychotherapy [modelo Lieberman]) y las evaluaciones identifican una mejora de los síntomas de los menores, en su comportamiento, en los niveles de estrés de las madres, así como una reducción de las formas de apego inseguro y apego desorganizado.

<p>Cuadro 1. Family-Nurse Partnership (Estados Unidos)</p>
<p>El programa Family-Nurse Partnership tiene como objetivo mejorar el bienestar de las madres jóvenes primerizas con bajos ingresos y sus hijos/as.</p>
<p>Objetivos de la intervención</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mejorar los hábitos de salud de la madre (consumo de tabaco, alcohol y otras drogas), el autocuidado y la realización de los controles prenatales necesarios durante el embarazo. • Optimizar el estado de salud y el desarrollo de los y las menores durante los dos primeros años de vida, capacitando a los padres en la provisión de un cuidado más responsable y competente. • Mejorar la situación económica de las familias a través de la planificación familiar, el acceso de los progenitores a formación y la promoción del acceso a un empleo estable.
<p>Grupo al que se dirige la intervención</p> <p>Madres jóvenes (especialmente, menores de 19 años) primerizas que se encuentran en el primer o segundo trimestre del embarazo y se hallan en situación de pobreza o bajos ingresos.</p>
<p>Planteamiento que subyace a la intervención</p> <p>El programa se basa en una serie de asunciones que determinan, por un lado, el grupo de población al que se dirige y, por otro, la forma de provisión:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El primer embarazo es el mejor momento para inculcar buenos hábitos de salud y buenas competencias parentales en los progenitores. • El establecimiento de una relación de confianza entre la madre y el/la enfermero/a que la atiende en el marco del programa es un factor crítico para asegurar el éxito de la intervención. • Esta relación debe centrarse en la promoción de la autoeficacia de la madre para el cuidado de sus hijos/as y debe durar el tiempo suficiente como para capacitar a los padres y madres en el ejercicio de una parentalidad positiva durante algunos de los periodos más críticos del desarrollo de niñas y niños de edad temprana (de 0 a 2 años). • El programa se centra en objetivos pequeños que los progenitores pueden alcanzar entre una y otra visita domiciliaria.
<p>Forma de provisión del programa</p> <p>El programa se articula mediante visitas domiciliarias realizadas por un/a enfermero/a. Estas visitas se extienden desde el período del embarazo hasta que el/la niño/a cumple los dos años de edad. El profesional actúa como un profesional de referencia, de modo que, idealmente, debe mantenerse durante todo el tiempo que dura la intervención. Los/as enfermeros/as que participan en el programa reciben una formación específica de dos semanas antes de incorporarse. La frecuencia de las visitas es, en un principio, quincenal, y se va espaciando a medida que avanza el programa. No obstante, la frecuencia debe ajustarse a las necesidades de cada familia, pudiendo llegar a realizarse visitas semanales en los casos en que sea necesario.</p> <p>El objetivo de las visitas domiciliarias es el siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante el embarazo, mejorar los hábitos de salud de la madre y capacitarla para detectar los problemas y complicaciones que puedan surgir. Además, también se ayuda a la madre a ampliar su red de apoyo social y familiar, en caso de que sea escasa, con el objetivo de que pueda recurrir a ella tras el nacimiento del niño o la niña. • Tras el nacimiento del hijo/a, las visitas se centran en trabajar aspectos relacionados con el cuidado, el buen trato, y la estimulación cognitiva y afectiva del bebé. • Finalmente, un objetivo transversal de la intervención es detectar los recursos sociales y comunitarios (formación, empleo, servicios de salud, servicios de cuidado) de los que podrían beneficiarse los progenitores, y actuar como puente para que las personas accedan a ellos.
<p>Coste del programa</p> <p>El coste medio anual de la implementación es de 3.200 \$ por familia durante la primera fase del programa, debido a los costes vinculados a la formación de los profesionales implicados, así como a la menor eficiencia de las intervenciones durante la fase de aprendizaje y el periodo de ajuste del programa. Este coste debe calcularse para los primeros tres años en los que el programa está en marcha. Posteriormente, su coste desciende hasta los 2.800 \$ por familia.</p>
<p>Resultados</p> <p>El programa ha sido objeto de numerosos estudios que han analizado su eficacia, ya que fue implementado por primera vez en 1977. El estudio más reciente recogido en el portal Child Trends (<https://www.childtrends.org>). arroja los siguientes resultados referentes a niñas y niños que han sido objeto de intervención en el programa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los menores participantes demostraban puntuaciones más elevadas en funcionamiento intelectual (92,34), lenguaje receptivo (84,32) y capacidad aritmética (88,61), en comparación con el grupo de control (90,24; 82,13 y 85,42, respectivamente) a la edad de 6 años. • El porcentaje de madres que señalaron que sus hijos/as mostraban algún tipo de problema grave de conducta a la edad de 6 años fue de 1,6% en el grupo de intervención y de 5,4% en el grupo de control. • No se observa, sin embargo, ningún efecto en el comportamiento internalizado y externalizado de niñas y niños, en la capacidad empática, ni tampoco en el comportamiento reportado por el profesorado en el ámbito escolar a la edad de 6 años.

2.2. Mejora de las habilidades sociales, emocionales y comportamentales de niños y niñas

Este tipo de programas se dirigen, por lo general, a niños y niñas de más de 2 años, y se centran en conseguir una mejora del comportamiento y el funcionamiento social y emocional de los menores. Son una modalidad específica de los programas de parentalidad positiva, pero enfocados a la intervención con niños y niñas de entre los 0 y los 6 años. El apartado 3 de este artículo analiza específicamente este tipo de programas.

2.3. Mejora de las habilidades comunicativas y lingüísticas

Un tercer tipo de intervención en el ámbito de la atención temprana se dirige a potenciar o compensar el retraso en el desarrollo de habilidades comunicativas y lingüísticas de los menores. Garantizar el acceso a servicios de educación infantil de calidad para los menores en situación de vulnerabilidad social constituye una de las principales medidas que se recomiendan a este respecto (Frazer, 2016; Assiego y Ubrich, 2015; Field, 2010). No obstante, la evidencia científica muestra el papel crucial que las familias desempeñan en la promoción de estas habilidades (Waldfogel y Washbrook, 2010; Stormshak, Connell y Dishion, 2009). Los principales factores de éxito asociados con las intervenciones dirigidas a mejorar el desarrollo cognitivo y el rendimiento escolar de los y las menores en situación de desventaja social se analizarán en el apartado 5. No obstante, se mencionan aquí algunos programas específicamente enfocados a la primera infancia que han demostrado ser eficaces.

La revisión hecha por Axford *et al.* (2015) recoge programas de prevención universal, así como programas específicamente dirigidos a familias en situación de riesgo. En este último caso, las evaluaciones muestran que los mejores resultados se obtienen en programas que se basan exclusivamente en visitas domiciliarias, o bien en aquellos que combinan las sesiones grupales dirigidas a padres, madres u otras figuras educativas relevantes (abuelos/as, tíos/as, cuidadores/as) con actividades de aprendizaje dirigidas a niñas y niños, y algunas visitas domiciliarias en las que se trabaja individualmente con las familias. Además, en ocasiones, las sesiones grupales se estructuran en dos partes. En la primera, los progenitores y los/as niños/as desarrollan actividades de forma separada y, después, se fomenta la interacción entre ambos y la puesta en práctica de los contenidos trabajados en la sesión.

Los programas que se estructuran en torno a visitas domiciliarias tienen una duración de entre tres meses y dos años, en función del programa. Existen también importantes diferencias en la duración de las visitas (entre treinta minutos y dos horas). Las evaluaciones

muestran resultados positivos para la mayoría de los programas analizados, y el efecto **más significativo se asocia con dos** de estos programas: *Playing and Learning Strategy (PALS)*⁵ y *Let's Play in Tandem*⁶.

En cuanto a las intervenciones basadas en la combinación de visitas domiciliarias y sesiones grupales, la revisión de Axford *et al.* (2015) halla resultados positivos para seis de ellas a partir de evaluaciones con grupos de control⁷. Concretamente, las evaluaciones identifican una mejora en la implicación de los padres y madres en la educación y el proceso de aprendizaje de sus hijos/as, una mejora de las estrategias parentales para acompañar la educación y desarrollo de sus hijos/as, y la reducción de los comportamientos punitivos hacia los menores. Entre los resultados asociados al desarrollo de niñas y niños, se observa una mejora de las habilidades lingüísticas, la capacidad de lectura y la capacidad numérica.

3. La adquisición de competencias parentales y los programas de parentalidad positiva

Los programas de parentalidad positiva parten de la idea de que un adecuado ejercicio del rol parental no es algo innato, sino que conlleva el despliegue de habilidades y conocimientos de carácter complejo y debe ser, por lo tanto, objeto de aprendizaje y

⁵ *Playing and Learning Strategy (PALS)* es un programa de intervención individualizada estructurado en torno a 10-12 visitas domiciliarias, de unos 90 minutos cada una, llevadas a cabo por educadores familiares. Cuenta con dos versiones, la primera dirigida a menores de entre 5 y 18 meses (*PALS I*) y la segunda enfocada a niñas y niños de entre 18 meses y 3 años (*PALS II*). Mientras que la primera versión del programa se centra, sobre todo, en la promoción del vínculo, el apego y la interacción positiva entre los progenitores y sus hijos/as, la segunda ha mostrado resultados significativos en la estimulación verbal de los padres y madres respecto a sus hijos/as, el incremento de actitudes cooperativas en niñas y niños, y el uso y riqueza de vocabulario de los/as menores. El contenido de las sesiones abarca las siguientes cuestiones: a) atender y responder a las señales comunicativas de los bebés; b) responder adecuadamente a las señales positivas y negativas del comportamiento de niñas y niños; c) apoyar el aprendizaje de niñas y niños manteniendo su atención e interés; d) utilizar juegos y actividades para estimular el aprendizaje; e) estimular el lenguaje y los conocimientos básicos sobre los mecanismos de adquisición del lenguaje; f) promover la cooperación y responder al comportamiento negativo de niñas y niños; g) incorporar las estrategias aprendidas para apoyar al desarrollo de niñas y niños a través de las actividades de la vida diaria (las comidas, vestirse, la higiene y el aseo personal, el tiempo de juego).

⁶ *Let's Play in Tandem* es un programa de preparación a la educación obligatoria dirigido a niñas y niños de 3 años procedentes de entornos sociales desfavorecidos. Su objetivo es potenciar el desarrollo cognitivo de los niños y niñas, así como su capacidad de autoaprendizaje. Niñas y niños participan conjuntamente con sus progenitores en actividades de juego, a través de las cuales se adquieren los conocimientos y el vocabulario que se espera que los menores tengan en el momento de acceder al sistema escolar. La duración del programa es de 12 meses y se lleva a cabo mediante visitas domiciliarias semanales en las que un educador familiar dinamiza las sesiones, de entre 90 y 120 minutos de duración. Cada sesión incluye tres actividades dirigidas a la adquisición de vocabulario, de conocimientos generales y habilidades de prelectura, y de habilidades numéricas.

⁷ Los programas identificados para los que se han hallado resultados positivos son los siguientes: *Home Instruction Programme for Preschool Youngsters (HIPPY)*, *Early Head Start, Getting Ready, Sure Start* y *Raising Early Achievement in Literacy (REAL)*. Una breve descripción de cada uno de ellos puede encontrarse en Axford *et al.* (2015).

entrenamiento. La finalidad de estos programas es mejorar la competencia parental⁸, tanto de forma preventiva —esto es, preparando a los padres y madres para responder adecuadamente a las necesidades y capacidades de sus hijos/as en cada etapa del desarrollo— como en respuesta a conflictos específicos relacionados con la crianza.

Los programas de parentalidad positiva varían en su forma de provisión (autoadministrados, basados en sesiones grupales, sesiones individuales con familias, combinación de sesiones grupales e individuales), la edad de los y las menores a cuyos progenitores se dirigen y su duración, entre muchos otros factores. Existen, no obstante, algunos programas cuya eficacia ha sido ampliamente demostrada y que los expertos señalan como intervenciones efectivas que son aplicables en diversos contextos (Axford *et al.*, 2015; Goff *et al.*, 2013; Marklund y Simic, 2012):

- Programa Triple P: programa de parentalidad positiva estructurado en cinco niveles, en función de la intensidad de apoyo que precisen las familias. Abarca todo el continuo de la atención, desde la prevención universal hasta la intervención en situaciones de graves problemas de conducta de los menores o de disfunción familiar. La intervención directa con las familias se articula a partir del segundo nivel (Selected Triple P) e incluye la posibilidad de hacer breves consultas telefónicas o presenciales sobre problemas de conducta de los menores. El programa de mayor intensidad (Enhanced Triple P) se estructura en un mínimo de once sesiones de una hora de duración, que incluyen sesiones individualizadas de formación en habilidades parentales y visitas domiciliarias.
- Strengthening Families Programme: es un programa específicamente dirigido a familias en situación de riesgo y aplicable a todos los tramos de edad, dado que cuenta con versiones adaptadas a cada uno de ellos (3-5 años, 6-11 años, 12-16 años). Se estructura en 14 sesiones grupales, a las que padres y madres acuden con sus hijos/as, aunque las sesiones incluyen tanto actividades

conjuntas como ejercicios dirigidos a los/as niños/as y a sus progenitores de forma separada.

- Incredible Years: es un programa estructurado en un número variable de sesiones grupales, de entre dos horas y dos horas y media de duración, exclusivamente dirigidas a padres y madres, con la excepción del programa para niños/as menores de 1 año, donde los progenitores acuden a las sesiones junto con sus bebés. El programa se dirige a padres y madres con hijos/as de entre 0 y 12 años, y cuenta con cinco módulos básicos y una versión avanzada para familias donde niñas y niños presentan graves problemas de conducta o la unidad familiar se halla en situación de especial vulnerabilidad. Habitualmente, el programa cubre los gastos relacionados con el transporte, el cuidado de los/as hijos/as y las comidas (almuerzo o merienda), lo cual facilita el acceso de las familias en situación de desventaja social.

Aunque, en un principio, los programas de educación parental fueron diseñados para intervenir con familias en situación de riesgo (padres, madres o hijos/as con problemas de adicción, situaciones de fuerte conflicto familiar), en los últimos años se observa una tendencia a extender los servicios de asesoría u orientación familiar a todas las familias, implementando así lo que Bate (2016) denomina ‘servicios universales progresivos’: servicios en los que existe un paquete básico —de cobertura universal— que se complementa con servicios de mayor intensidad cuando los/as profesionales valoran que una unidad familiar puede beneficiarse de ellos. El Programa de Apoyo Parental⁹ implantado en los países nórdicos (Marklund y Simic, 2012), los *parenting shops*¹⁰ que funcionan en las regiones

⁸ Los programas de parentalidad positiva tratan de promover la competencia parental y, a través de ella, la resiliencia del conjunto de la unidad familiar. Rodrigo López, Máiquez y Martín Quintana (2010) definen cuatro áreas de competencia parental:

- Educativa: abarca todas las dimensiones de la relación entre los progenitores y sus hijos/as.
- Agencia parental: hace referencia a las actitudes, percepciones y vivencias de los padres y madres respecto a su rol parental (autoeficacia parental, *locus* de control interno, acuerdo en la pareja, percepción ajustada del rol parental, satisfacción respecto a la tarea de ser padre/madre).
- Autonomía personal y búsqueda de apoyo social: asunción del rol parental y responsabilidad en el ejercicio de éste. Capacidad para identificar y utilizar recursos sociales y comunitarios que contribuyan al bienestar personal, del niño/a y del conjunto de la unidad familiar.
- Desarrollo personal: hace referencia al nivel de desarrollo personal del padre/madre (control de impulsos, asertividad, autoestima, habilidades sociales, regulación emocional, estrategias de afrontamiento ante situaciones de estrés, resolución de conflictos interpersonales).

⁹ Un ejemplo de este tipo de intervención es el programa Apoyo Parental en la Región Nórdica (Parental Support in the Nordic Region), cuyo objetivo es que los padres y madres puedan acceder a servicios de apoyo familiar de forma fácil y desde una edad temprana. El programa cuenta con tres niveles de atención. El primero es de cobertura universal e incluye un número limitado de consultas individuales para cada familia. El segundo nivel de atención se ofrece en talleres grupales e incluye la creación de un grupo de apoyo mutuo para padres y madres. Se desarrolla en forma de sesiones semanales, de entre dos y dos horas y media, durante diez o doce semanas, e incluye la realización de lecturas, grupos de discusión, juegos de rol y ejercicios que deben llevarse a cabo de una reunión a otra. El tercer nivel de atención se dirige a familias con hijos/as que presentan graves problemas de conducta, e incluye sesiones individuales de una hora u hora y media de duración con una terapeuta familiar. El número de horas se establece en función de las necesidades de la familia. El programa incluye formación en habilidades parentales y la realización de ejercicios prácticos entre las sesiones.

¹⁰ Estos centros ofrecen servicios dirigidos a cualquier persona involucrada en la crianza de un menor de entre 0 y 18 años, así como a familias que están esperando un hijo/a. El servicio se estructura en un continuo de atención que abarca tres niveles de servicios:

- Servicios universales dirigidos a todas las familias y que incluyen puntos de información, folletos, libros, materiales interactivos, una página web y sesiones formativas en torno a la crianza y la parentalidad positiva.
- Servicios universales específicamente dirigidos y adaptados para determinados grupos sociales o culturales, como son las familias en situación de pobreza o las familias de origen extranjero. En este caso, los centros trabajan conjuntamente con otras organizaciones de acción social o cultural que ya están en contacto con estos colectivos, con el objetivo de promover el acceso e incrementar la asistencia de estas unidades familiares a este

de Flandes y Bruselas (Eurochild, 2012) o los *Sure Start children centers* en el Reino Unido (Bate, 2016) constituyen ejemplos de servicios integrados que

ofrecen información, orientación y formación en el ámbito de la parentalidad positiva a todas las familias.

Cuadro 2. Programa Incredible Years¹² (Reino Unido)				
El programa Incredible Years tiene como objetivo mejorar las habilidades parentales para la crianza de los/as hijos/as, promoviendo una parentalidad positiva.				
<p>Grupo al que se dirige la intervención</p> <p>El programa se dirige a familias con hijos/as de entre 0 y 12 años de edad, y cuenta con módulos específicos dirigidos a los siguientes grupos de edad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bebés (0-1 año). • Niños/as (1-3 años). • Preescolares (3-6 años). • Niños/as en edad escolar (6-12 años). <p>Además, los distintos módulos cuentan también con versiones que complementan la intervención grupal con visitas domiciliarias para las familias con mayores dificultades.</p>				
<p>Planteamiento que subyace a la intervención</p> <p>Este programa de parentalidad positiva se centra en fortalecer el vínculo entre los menores y sus progenitores, así como en mejorar las interacciones entre ambos. Uno de los objetivos principales es reducir los comportamientos punitivos por parte de los padres —que tienden a reforzar el mal comportamiento de los y las menores— y sustituirlos por respuestas que promuevan las habilidades sociales, emocionales y lingüísticas de los/as hijos/as. Además, en los programas orientados a los menores en edad preescolar o escolar el programa hace un fuerte hincapié en la estimulación de las habilidades cognitivas y lingüísticas de los/as menores, con el objetivo de mejorar el rendimiento académico de los/as niños/as.</p>				
<p>Forma de provisión del programa</p> <p>El programa se estructura en sesiones grupales semanales de entre dos horas y dos horas y media de duración exclusivamente dirigidas a padres y madres —a excepción del programa para niñas y niños menores de un año, donde los progenitores acuden junto con sus bebés—.</p> <p>El número de sesiones varía en función de la versión del programa que se aplique, la cual depende, a su vez, de la gravedad de los problemas de crianza o conducta mostrados por niñas y niños, y de su edad (véase la Tabla 1).</p>				
Tabla 1. Número de sesiones grupales organizadas, según grupo de edad y versión del programa				
Versión del programa	Grupo de edad			
	0-1 año	1-3 años	3-6 años	6-12 años
Básica	8-9	12	18-20	18-20
Avanzada*	9-12			
* El programa avanzado se realiza tras completar el programa básico y se centra en el desarrollo de habilidades interpersonales, el manejo de la rabia y la depresión, y la resolución de problemas. Se dirige a familias con menores con un problema de conducta diagnosticada.				
Todas las sesiones deben estar dinamizadas por dos profesionales y cuentan con la participación de entre diez y catorce padres y madres.				
<p>Coste del programa</p> <p>Rhiannon <i>et al.</i> (2016) estiman que el coste medio de poner en marcha el programa básico dirigido a niños/as de entre 3 y 6 años es de 2,418 £ por niño/a si los grupos son de ocho personas, y de 1,612 £ si los grupos se amplían hasta las doce personas.</p>				
<p>Resultados</p> <p>El programa Incredible Years ha sido ampliamente evaluado en distintos países. Un reciente metanálisis (Menting <i>et al.</i>, 2013, cit. en Axford <i>et al.</i>, 2015) que recogía evidencias sobre 50 de estos estudios (4.745 participantes) halló resultados positivos vinculados a la reducción del comportamiento disruptivo de los y las menores (tamaño del efecto = 0,27, $p < 0,001$) y una mayor prevalencia del comportamiento prosocial (tamaño del efecto = 0,23, $p < 0,001$) entre los menores cuyos progenitores participaron en el programa.</p>				

tipo de servicios.

- Servicios específicos dirigidos a familias en situación de vulnerabilidad y que tienen dificultades para hacer frente a la crianza de sus hijos e hijas. Estas familias participan en programas estructurados de parentalidad positiva que incluyen sesiones grupales de trabajo que se complementan con la realización de ejercicios prácticos en el hogar.

¹² <<http://www.incredibleyears.com>>.

4. Promoción de la salud física y mental de los y las menores

Las desigualdades en el ámbito de la salud también están estrechamente relacionadas con la situación social de los y las menores. Por ello, es necesario articular servicios y prestaciones que permitan compensar las desigualdades en el acceso a servicios y equipamientos relacionados con la salud, pero también a estilos de vida saludables, abordando aspectos como la alimentación, la higiene, y la promoción de la actividad física y prevención del sedentarismo, entre otros.

Los principales programas implementados en este ámbito incluyen: ayudas para la adquisición de productos de alimentación e higiene infantil; ayudas para la adquisición de bienes y servicios relacionados con la salud (gafas, audífonos) que no están cubiertos por los sistemas de salud pública; y programas de prevención, detección precoz y educación en el ámbito de la salud (Cowley *et al.*, 2013; Riera *et al.*, 2013). Además, recientemente se ha apuntado a la importancia de detectar los problemas de salud mental (ansiedad, depresión, adicciones) de los padres y madres, debido a la fuerte influencia que tienen en el bienestar y desarrollo temprano de los niños y niñas (McDonald, Moore y Goldfeld, 2012).

Algunas iniciativas de interés en este ámbito se han desarrollado en el Reino Unido, donde en las dos últimas décadas se han implantado y extendido progresivamente al conjunto de la población dos servicios de cobertura estatal que vale la pena destacar. Por un lado, la integración de los servicios de salud infantil en los centros de atención temprana a la infancia (*Sure Start children's centers*), dirigidos a las familias con hijos/as de entre 0 y 8 años de edad y que reúnen en una misma ubicación física todos los servicios dirigidos a la primera infancia (servicios de información y orientación a las familias, servicios de cuidado, actividades lúdicas y educativas, servicios sociales y servicios de salud).

También la implementación de programas de visitas domiciliarias efectuadas por profesionales cualificados en salud infantil puede considerarse una buena práctica en este ámbito (Cowley *et al.*, 2013). Inicialmente, estas visitas domiciliarias únicamente se efectuaban a los hogares en situación de riesgo, pero en el Reino Unido, desde 2015, son obligatorias para todas las familias con hijos/as menores de 2 años. De hecho, la versión básica del programa incluye un total de cinco visitas domiciliarias: una antes del nacimiento del bebé, una justo después del nacimiento, una tercera cuando el niño o niña cumple su primer año, y una última dos años o dos años y medio después del nacimiento (Bate, 2016).

Las funciones de los equipos que realizan las visitas domiciliarias incluyen valorar de forma global el bienestar y las necesidades de los menores, sus

progenitores y el conjunto de la unidad familiar. Esto supone que no sólo asumen un rol como agentes de salud, sino también una importante función comunitaria, ofreciendo información, derivando a las familias a otros servicios cuando lo consideran apropiado y coordinándose con otros profesionales para ofrecer una respuesta integral a las necesidades de las familias (National Institute for Care and Health Excellence, 2014). El programa consta, además, de tres niveles de provisión (*universal, universal plus, universal partnership plus*), de modo que, cuando se detectan problemas relacionados con la salud o el bienestar de los/as niños/as, se intensifica la frecuencia de las visitas domiciliarias.

Pese a la menor implantación de los servicios de promoción de la salud en nuestro país, un programa de referencia en el terreno de la atención a las familias en situación de vulnerabilidad social como es el Programa Caixa ProInfancia también cubre este ámbito. En este caso, se ofrecen dos tipos de ayudas: una para adquirir productos de alimentación e higiene destinados a niños/as de entre 0 y 3 años, y otra para la adquisición y mantenimiento de gafas y audífonos de los menores de la unidad familiar. No obstante, se identifica la necesidad de profundizar esta línea de trabajo e incluir acciones dirigidas a la promoción de hábitos y estilos de vida saludables y la prevención del consumo de sustancias adictivas, entre otros (Riera *et al.*, 2013).

5. Refuerzo educativo y mejora del rendimiento escolar de los y las menores

La probabilidad de tener un bajo rendimiento escolar es mayor entre los niños y niñas procedentes de hogares con un bajo nivel socioeconómico (Assiego y Ubrich, 2015; Field, 2010; Waldfogel y Washbrook, 2010). Una de las intervenciones más habituales de cara a promover el éxito escolar de los y las menores con bajo rendimiento académico son los programas de educación compensatoria, que ofrecen apoyo académico suplementario a estudiantes con bajas calificaciones.

Uno de los de mayor alcance implementados en nuestro entorno ha sido el Programa de Acompañamiento Escolar (PAE), en funcionamiento entre 2005 y 2012. Este programa, aplicado en el ámbito de la educación secundaria, ofrecía un mínimo de cuatro horas de clases de refuerzo semanales en grupos de entre 5 y 10 personas a alumnado con bajas calificaciones o dificultades de aprendizaje. Las actividades realizadas tenían como objetivo estimular los hábitos de lectura, adquirir técnicas de estudio y mejorar las habilidades sociales de los y las menores. La evaluación realizada por García e Hidalgo (2016) muestra una mejora en las habilidades de lectura de los y las menores y una reducción del 5% en la probabilidad de situarse por debajo del percentil 25 en la distribución de notas del colegio. Resulta de interés señalar que los mayores beneficios se obtienen con alumnado procedente de entornos rurales,

en comparación el situado en entornos urbanos. Finalmente, la evaluación muestra también que el programa debe aplicarse durante un mínimo de tres

años consecutivos en un centro determinado para que se observen resultados positivos y estadísticamente significativos en el rendimiento escolar.

Cuadro 3. Subprograma de refuerzo educativo del Programa ProInfancia de La Caixa
<p>El programa ProInfancia de La Caixa tiene como objetivo ofrecer actividades de refuerzo educativo a menores en situación de desventaja social que presentan dificultades de escolarización.</p>
<p>Grupo al que se dirige la intervención</p> <p>La participación de niños y niñas en las actividades de refuerzo educativo desarrolladas en el programa está supedita a los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tener entre 3 y 16 años (según el tipo de actividad). • Presentar problemas de rendimiento escolar, incluidos el absentismo, el abandono prematuro y la falta de adaptación a la escuela. • Tener un rendimiento escolar aceptable, pero con predictores de riesgo (desestructura familiar o antecedentes de fracaso escolar en otros miembros de la familia) que aconsejen el refuerzo como medida preventiva. • Presentar dificultades logopédicas y psicomotrices que condicionen los procesos de aprendizaje y desarrollo.
<p>Planteamiento que subyace a la intervención</p> <p>Las actividades de refuerzo educativo que integran el programa tienen como objetivo desarrollar tres funciones, que en ocasiones pueden ser complementarias: prevención, reeducación y refuerzo permanente. El enfoque preventivo se centra en apoyar al alumnado con contextos familiares muy desestructurados, donde la concurrencia de numerosos indicadores de riesgo aconseja realizar las intervenciones de forma preventiva. Las actividades reeducativas, sin embargo, se dirigen a atender dificultades específicas a partir de un diagnóstico psicopedagógico afinado. El objetivo es llegar a compensar las dificultades del alumno o alumna (bloques en alguna materia, mecánica de determinados procedimientos de lectura, cálculo), momento en que cesa la intervención. Finalmente, las actividades de refuerzo permanente ofrecen apoyo continuado al alumnado que presenta dificultades manifiestas para seguir los aprendizajes o que está en riesgo evidente de fracaso escolar.</p>
<p>Forma de provisión del programa</p> <p>El subprograma de refuerzo educativo se articula en torno a los siguientes tipos de actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aula abierta / aula de estudio (biblioteca). Espacio para hacer deberes, consultar dudas, aprender a organizarse, consulta y préstamo de libros, estimulación del aprendizaje. Este recurso se orienta principalmente a disponer de un entorno facilitador para realizar las tareas escolares, de aprendizaje y el estudio. • Grupos de estudio asistido. Apoyo a alumnado con niveles y dificultades similares. Las ratios de tres a cinco alumnos/as se consideran las más adecuadas. Esta actividad se centra en apoyar las tareas escolares y el estudio, la resolución de dudas y dificultades de comprensión, el seguimiento de la escolarización y el control de agenda. • Refuerzo individual. Apoyo personalizado en función de la especificidad de las necesidades detectadas. Dado el coste del recurso, requiere una evaluación psicopedagógica afinada. • Equipo escolar. Ayudas individuales para la adquisición de equipo escolar dirigidas a familias que no pueden adquirirlo por su situación económica. • Atención logopédica. Atención centrada en el diagnóstico y tratamiento de las alteraciones del lenguaje y de la comunicación en los niños y niñas con edades comprendidas entre los 3 y los 12 años. • Apoyo psicomotriz. Actividades basadas en la educación psicomotriz de los niños y niñas con edades comprendidas entre los 3 y los 12 años. <p>Dependiendo del tipo de actividad de la que se trate y del perfil de las personas usuarias, estas actividades pueden desarrollarse en diversas entidades e instituciones: escuelas, centros abiertos, centros juveniles, centros comunitarios, centros de acción social, centros de día, centros residenciales y centros, o gabinetes profesionales.</p>
<p>Resultados</p> <p>El estudio de evaluación de impacto elaborado por Riera <i>et al.</i> (2014), en el que se comparan los resultados de dos cursos escolares (2012-2013 y 2013-2014) de las personas participantes en las actividades del subprograma de refuerzo escolar ProInfancia de La Caixa, muestra los siguientes resultados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entre el 65% (2013-2014) y el 68,2% (2012-2013) de las personas participantes mejoraron su rendimiento académico tras participar en el programa. • Entre el 47,5% y el 52,9% lograron aprobar el curso académico. • El efecto del programa es mayor en la población que cursa educación primaria que en el alumnado de educación secundaria y, en ambos casos, el alumnado de los primeros ciclos obtienen mejores resultados que sus homólogos/as de cursos superiores. Concretamente, en el curso 2013-2014 el 80,6% del alumnado de primer ciclo de educación primaria que participó en el programa mejoró su rendimiento académico, frente a sólo el 57,7% del alumnado del segundo ciclo de educación secundaria obligatoria (ESO).

- El programa también muestra resultados positivos por lo que respecta a la participación e integración de las familias en la dinámica escolar. A partir de la percepción de los y las profesionales que trabajan con las familias, en el curso 2013-2014 se considera que la evolución del 39,6% de las familias en este ámbito fue muy satisfactoria, y en el 33,8% de los casos se valoró que había sido satisfactoria.
- En cuanto al itinerario académico escogido por el alumnado participante en el programa tras finalizar la ESO, los resultados muestran que el 41,2% de los y las menores que participaron en el curso 2013-2014 continuaron estudios de bachillerato, el 32,4% se decantaron por un ciclo formativo y el 8,8% cursaron alguna formación no reglada.

Otra estrategia para tratar de compensar las desventajas en el ámbito escolar de los y las menores procedentes de entornos socialmente desfavorecidos ha sido la creación de las Zonas de Educación Prioritaria (ZEP). Ésta ha sido una estrategia implementada en varios países de la Unión Europea como estrategia para luchar contra el abandono escolar prematuro y el fracaso escolar en zonas de bajo nivel socioeconómico y elevadas tasas de abandono escolar prematuro. Las zonas de educación prioritaria suponen, al menos, la adopción de las siguientes medidas:

- Implementar estrategias pedagógicas innovadoras que se adapten a las características del alumnado.
- Garantizar la continuidad del alumnado en los distintos niveles educativos, mediante la creación de redes de centros escolares de educación prioritaria que garanticen la admisión preferente de dicho alumnado.
- Desarrollar estrategias cooperativas entre los distintos agentes de la comunidad educativa (alumnado, padres y madres, profesores) y con profesionales de otros servicios comunitarios (servicios sociales, servicios de animación sociocultural), de cara a mejorar el clima y la convivencia escolar.
- Reducir el número de alumnos por clase.
- Establecer la adquisición de habilidades comunicativas y de escritura avanzadas como la principal prioridad educativa de los centros.
- Crear un equipo de orientación y coordinación pedagógica que asesore y apoye a los profesores de los centros y promueva la coordinación pedagógica y la transmisión de buenas prácticas entre los centros pertenecientes a una misma red de educación prioritaria.
- Integrar el desarrollo de actividades socioculturales y deportivas en los centros fuera del horario escolar.

Las evaluaciones han demostrado que este tipo de intervenciones tienen una escasa eficacia cuando se aplican a gran escala (Inspection Générale de l'Éducation Nationale, 2006) y, de hecho, países como Francia y el Reino Unido, que habían aplicado este tipo de políticas en los años ochenta y noventa han pasado a centrarse nuevamente en la atención individualizada de los y las menores en riesgo de abandono escolar (Étienne, 2008). No obstante, existen evidencias de que la aplicación de este tipo

de intervención sí puede resultar efectiva a pequeña escala y, especialmente, de cara a intervenir en centros escolares con una alta concentración de problemas educativos y sociales.

Un ejemplo de este tipo de intervención es el proyecto Bultzatzen, aplicado en dos centros de educación secundaria del municipio de Erandio (Bizkaia) desde 2004 y que ha apostado por la colaboración interinstitucional como forma de abordar, de manera integral, los problemas socioeducativos que afectan a buena parte del alumnado de dichos centros (Santibáñez y Maiztegui, 2013). La estrategia adoptada ha sido la integración de los miembros del Equipo de Intervención Socioeducativa con Infancia, Juventud y Familia —adscrito a los servicios sociales municipales— a la estructura de los centros, creando un comité coordinador encargado de diseñar, planificar y evaluar los proyectos y las iniciativas socioeducativas que se llevan a cabo en los centros. Por otro lado, también se ha optado por incluir a personal de este equipo entre los/as educadores/as encargados/as de ofrecer actividades extraescolares y clases de refuerzo al alumnado más allá del horario escolar. De este modo, se normaliza la presencia de los educadores en los centros. El programa Bultzatzen incluye actividades transversales curriculares para la prevención de la violencia entre iguales, la discriminación, el consumo de drogas y otro tipo de problemas escolares durante el horario lectivo, y ofrece un programa de clases de refuerzo diarias para el alumnado con bajo rendimiento académico, que se combina con actividades de ocio y tiempo libre. El servicio educativo complementario abarca la franja horaria entre las 16'45 y las 19'30, y se ofrece diariamente. Por otro lado, el proyecto también trata de mejorar el rendimiento y la integración escolar de los y las menores a través de la implicación de los padres y madres en la vida del centro, incluyendo actividades participativas para recoger sus demandas, necesidades y aspiraciones con relación a la educación de sus hijos/as y responder a ellas de la mejor manera posible (Santibáñez y Maiztegui, 2013).

Un tercer tipo de intervenciones que han demostrado su eficacia para mejorar el rendimiento educativo de los menores en riesgo se centran en motivar y capacitar a los progenitores para apoyar y acompañar los procesos de aprendizaje y éxito escolar de sus hijos/as (Goodall, 2013; Allen, 2011; Waldfogel y Washbrook, 2011). A partir de la revisión de intervenciones dirigidas a familias con niños/as de entre 5 y 19 años de edad, Goodall identifica seis factores de éxito en este tipo de programas:

- Promover el acceso a servicios de educación infantil de calidad, así como la participación en actividades de aprendizaje en familia desde una edad temprana (grupos de lectura, espacios de juego familiar, organización de actividades lúdico-educativas dirigidas a familias).
- Mejorar el entorno de aprendizaje en el hogar: promover la creación de entornos ordenados y estructurados, el mantenimiento de rutinas en la organización de la vida familiar, y el acceso a materiales y equipamientos educativos (libros, ordenador, juguetes didácticos) que faciliten la creación de rutinas de estudio en el hogar. Este tipo de programas suelen estructurarse a partir de visitas domiciliarias y sesiones grupales donde se capacita a padres y madres para crear un entorno de estudio adecuado en el hogar y apoyar a sus hijos/as en la realización de los deberes escolares (Brooks *et al.*, 2008).
- Mantener la participación y el interés de padres y madres en la educación de sus hijos/as a lo largo de toda la trayectoria escolar. Se observa que en los niveles de educación infantil y primaria se hace un énfasis mucho mayor en la contribución de los padres y madres al éxito escolar de sus hijos/as, en comparación con la educación secundaria, una etapa especialmente crítica por lo que respecta al abandono escolar prematuro. En este sentido, se recomienda continuar organizando actividades y programas que promuevan esta participación y muestren a padres y madres de qué forma pueden apoyar la trayectoria escolar de sus hijos/as en esta etapa educativa (Waldfogel y Washbrook, 2011).
- Promover que los padres y las madres tengan y sostengan elevadas aspiraciones con relación al rendimiento académico de sus hijos/as. Diversos estudios muestran que los padres y madres de bajo nivel socioeconómico tienden a mantener aspiraciones más bajas con relación al rendimiento escolar de sus hijos/as (Goodall, 2013).
- Promover que los padres y madres participen activamente en la educación de sus hijos/as. Diversas investigaciones muestran que el interés y la implicación directa de padres y madres en la realización de los deberes y otras actividades educativas de los hijos/as mejora de forma sustancial las posibilidades de éxito escolar (Goodall, 2013).

6. La participación en actividades culturales, de ocio y tiempo libre

Las actividades culturales, de ocio y tiempo libre juegan un papel decisivo en la formación de experiencias tempranas en la infancia, la ampliación de las oportunidades de aprendizaje y la adquisición de nuevas experiencias, al tiempo que permiten expandir las redes sociales de niños y niñas más allá de sus contextos habituales (Scott, 2013).

En un informe sobre el derecho al ocio educativo de niños y niñas elaborado por el Síndic de Greuges de Catalunya (2014), este organismo alertaba sobre la falta de regulación expresa de este derecho en la mayoría de contextos normativos y el acceso desigual que ello conlleva para los y las menores en situación de desventaja social. Entre las recomendaciones realizadas por este organismo, se incluyen las siguientes:

- Desarrollar una norma que regule el derecho de los niños y niñas al ocio educativo en condiciones de igualdad.
- Crear un sistema de ayudas económicas (ayudas económicas directas, bonificaciones y exenciones, sistemas de tarificación social) que promueva el acceso de los y las menores en situación de desventaja a las actividades extraescolares, las actividades complementarias (excursiones y colonias, tanto dentro como fuera del período escolar) y otras actividades socioeducativas que se desarrollen en su comunidad fuera del ámbito escolar.
- Diseñar e implementar planes locales de dinamización del ocio educativo, especialmente en municipios o zonas del territorio socialmente desfavorecidas, a fin de combatir las desigualdades territoriales en la provisión y acceso a este tipo de recursos. Algunas acciones fundamentales de estos planes deben ser: establecer medidas de fomento de la participación de colectivos específicos en las actividades de deportivas, de ocio y tiempo libre ofertadas en el municipio; incluir programas y actuaciones de apoyo dirigidos a los y las adolescentes en situación de riesgo social; favorecer el asociacionismo juvenil basado en el voluntariado y en proyectos de autogestión de grupos de jóvenes; y, finalmente, promover la coordinación y el trabajo integrado entre ayuntamientos, centros escolares y entidades que desarrollan actividades de ocio educativo para apoyar la participación de los niños y niñas en situación de vulnerabilidad en este tipo de actividades.
- Reconocer y promover a los agentes de ocio educativo que operan en el territorio.

Una buena práctica en este ámbito son las escuelas de verano que aúnan clases de refuerzo escolar y las actividades lúdicas y deportivas para alumnado con bajo rendimiento académico en situación de desventaja social. Si bien estos programas resultan adecuados para combatir el fracaso escolar y promover, al mismo tiempo, el acceso a actividades de ocio y tiempo libre, también pueden dificultar la participación en otros espacios de ocio educativo, dando lugar a cierta segregación (Giannaka *et al.*, 2007). Por eso, se recomienda diseñar estas actuaciones con un carácter transversal, centrado también en garantizar el acceso a los servicios deportivos, culturales y de ocio y tiempo libre ofertados en la comunidad.

7. Los servicios integrados de apoyo a las familias

Además de sobre el contenido de los programas y servicios mencionados, existe también un debate sobre la forma de provisión y el tipo de cobertura que éstos deben ofrecer para garantizar un buen acceso a la población en vulnerabilidad social. A este respecto, hay tres cuestiones que deben tenerse en cuenta. En primer lugar, la integración de los servicios dirigidos a atender a la infancia y a sus familias. En segundo lugar, el acceso universal o específico a los servicios. Y en tercer lugar, si los servicios se dirigen exclusivamente a atender las necesidades de los y las menores o si, por el contrario, también incluyen programas que tienen como objetivo responder, en mayor o menor medida, a las necesidades de sus progenitores.

Con relación al carácter integrado o fragmentado de los servicios, existe una evidencia científica creciente de que los servicios integrados aumentan el acceso de las poblaciones más vulnerables a los recursos disponibles, contrarrestando parcialmente la escasa demanda de servicios de estos grupos de población (OCDE, 2015). A este respecto, cabe destacar que en las últimas décadas se ha extendido en Europa la creación de centros integrales de apoyo a la infancia y a las familias, que están ofreciendo buenos resultados de cara a mejorar el acceso a los servicios de los grupos de población vulnerable (Frazer, 2016).

Este tipo de centros presta un amplio abanico de servicios (educativos, de salud, de cuidado, programas de parentalidad positiva, programas de inserción sociolaboral) dirigidos a las familias. Los distintos modelos varían en cuestiones clave, como el rango de edad de los y las menores a los que se dirigen, el tipo de servicios ofertados, la intensidad de la atención o los requisitos de acceso. En cualquier caso, la presencia de estos centros se ha incrementado de forma progresiva, y actualmente este modelo de servicio está presente en países tan dispares como Suecia, Dinamarca, Bélgica, Canadá, República Checa, Francia, Alemania, Italia, los Países Bajos, Polonia, Eslovenia y el Reino Unido, si bien es cierto que no en todos los casos son servicios universales, ni están implantados a escala estatal (Frazer, 2016; OCDE, 2015).

En cuanto a la universalidad de los servicios, la mayoría de las evaluaciones realizadas apuntan a que los servicios universales únicamente logran responder de forma satisfactoria a los problemas leves de las familias vulnerables, mientras que ofrecen peores resultados que los servicios específicos cuando se trata de abordar necesidades o problemas complejos. En este sentido, la literatura especializada hace dos recomendaciones. Por un lado, destaca la importancia de mantener el modelo de gestión de caso habitualmente utilizado en los servicios sociales para atender a estas familias —independientemente de si los servicios son de carácter universal o específico—, de modo que se garantice la presencia de un profesional de referencia encargado de coordinar la atención y las comunicaciones con dicha unidad familiar. Por otro lado, señala el modelo en cascada como una modalidad de prestación de servicios que resulta eficaz a la hora de aunar los servicios universales con la atención específica a los grupos de población más vulnerable.

Este modelo ha sido aplicado, sobre todo, en Suecia y Dinamarca —aunque recientemente otros países han adoptado también fórmulas similares—, y la idea subyacente es ofrecer una serie de servicios básicos de carácter universal combinados con una oferta de servicios especializados y adaptados a las necesidades de las familias más vulnerables. Cuando se detecta la necesidad de recibir atención especializada en una unidad familiar, se la deriva a estos recursos, garantizando así la calidad y la continuidad de la atención en un mismo circuito asistencial (OCDE, 2015).

Finalmente, también es importante considerar si los servicios de refuerzo a la infancia deben centrarse sólo en mejorar el bienestar de los y las menores, o si, por el contrario, deben considerar las necesidades de la unidad familiar desde un punto de vista global. La evidencia científica a este respecto señala la conveniencia de incorporar algunas de las necesidades o preocupaciones de los progenitores en el diseño los servicios y la oferta asistencial. En este sentido, existen evidencias que muestran que el hecho de que los progenitores reciban servicios específicos para atender algunas de sus demandas mejora la relación de las familias con los servicios, al tiempo que permite incrementar el acceso a aquéllos para los grupos de población más vulnerables (OCDE, 2015; Goodall, 2013; Goodall y Vorhaus, 2012).

Bibliografía referenciada

- ALLEN, G. (2011): *Early Intervention: The Next Steps. An Independent Report to Her Majesty's Government*, Londres, HM Government [<http://www.siiis.net/es/documentacion/catalogo/Record/184216>].
- ASSIEGO, V.; y UBRICH, T. (2015): *Iluminando el futuro. Invertir en educación es luchar contra la pobreza infantil*, Save The Children [<http://www.siiis.net/es/documentacion/catalogo/Record/499086>].
- AXFORD, N. *et al.* (2015): *The Best Start at Home. What Works to Improve the Quality of Parent-child Interactions from Conception to Age 5 Years? A Rapid Review of Interventions*, Early Intervention Foundation [<http://www.eif.org.uk/wp-content/uploads/2015/03/The-Best-Start-at-Home-report1.pdf>].
- BATE, A. (2016): *Early Intervention*, serie Briefing Papers, nº 07647, House of Commons Library [<http://researchbriefings.files.parliament.uk/documents/CBP-7647/CBP-7647.pdf>].
- BROOKS, G. *et al.* (2008): *Effective and Inclusive Practices in Family Literacy, Language and Numeracy: A Review of Programmes and Practice in the UK and Internationally*, serie Research Papers, CfBT Education Trust [[https://www.educationdevelopmenttrust.com/~media/cfbtcorporate/files/research/2008/r-effective-and-inclusive-practices-in-family-literacy-review-2008.pdf](https://www.educationdevelopmenttrust.com/~/media/cfbtcorporate/files/research/2008/r-effective-and-inclusive-practices-in-family-literacy-review-2008.pdf)].
- COWLEY, S. *et al.* (2013): *Why Health Visiting? A Review of the Literature about Key Health Visitor Interventions, Processes and Outcomes for Children and Families*, Londres, King's College London [<https://www.kcl.ac.uk/nursing/research/nrru/publications/Reports/Why-Health-Visiting-NRRU-report-12-02-2013.pdf>].
- ÉTIENNE, R. (2008): *Educational Policies that Address Social Inequality. France Case Study Report 2. Priority Education Zones (ZEP) and Priority Education Networks (REP)*, EPASI [<http://archive.londonmet.ac.uk/epasi.eu/CaseStudyFR2.pdf>].
- EUROCHILD (2012): *Early Intervention and Prevention in Family and Parenting Support. Compendium of Inspiring Practices*, Bruselas, Eurochild [<http://www.siiis.net/es/documentacion/catalogo/Record/189441>].
- FIELD, F. (2010): *The Foundation Years: Preventing Poor Children Becoming Poor Adults. The Report of the Independent Review on Poverty and Life Chances*, Londres, HM Government [<http://www.siiis.net/es/documentacion/catalogo/Record/179786>].
- FRAZER, H. (2016): *Prevention and Early Intervention Services to Address Children at Risk of Poverty. Peer Review in Social Protection and Social Inclusion. Synthesis Report*, Bruselas, Comisión Europea [<http://www.siiis.net/es/documentacion/catalogo/Record/517159>].
- FUNDACIÓN FOESSA (2016): *La transmisión intergeneracional de la pobreza: factores, procesos y propuestas para la intervención*, Madrid, Fundación Foessa [<http://www.siiis.net/es/documentacion/catalogo/Record/510327>].
- GARCÍA-PÉREZ, J.; y HIDALGO-HIDALGO, M. (2016): *No Student Left Behind? Evidence from the Programme for School Guidance in Spain*, serie Fedea Policy Papers, nº 2016/20 [<http://documentos.fedea.net/pubs/fpp/2016/09/FPP2016-20.pdf>].

- GIANNAKA, G. *et al.* (2007): *Educational Policies that Address Social Inequality. Cyprus Case Study Report 1. Education Priority Zones (ZEP)*, EPASI [<http://archive.londonmet.ac.uk/epasi.eu/CaseStudyCY1.pdf>].
- GOFF, J. *et al.* (2013): *Evaluation of Children's Centres in England (ECCE). Strand 3: Delivery of Family Services by Children's Centres. Research Report*, University of Oxford [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/224096/DFE-RR297.pdf].
- GOODALL, J. (2013): "Parental engagement to support children's learning: A six point model", *School Leadership & Management*, nº 33, págs. 133-150 [<https://doi.org/10.1080/13632434.2012.724668>].
- GOODALL, J.; y VORHAUS, J. (2012): *Review of Best Practice in Parental Engagement*, serie Research Report, nº DFE-RR156, Department for Education [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/182508/DFE-RR156.pdf].
- HARVEY, B. (2014): *The Case for Prevention and Early Intervention. Promoting Positive Outcomes for Children, Families and Communities*, Dublín, Prevention and Early Intervention Network [<https://www.tcd.ie/Education/assets/documents/PEIN%20A4%20Report-April%202014.pdf>].
- INSPECTION GÉNÉRALE DE L'ÉDUCATION NATIONALE (2006): *La contribution de l'éducation prioritaire à l'égalité des chances des élèves*, serie Rapports, nº 2006-076, Ministère de l'Éducation Nationale, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche [<http://media.education.gouv.fr/file/35/7/3357.pdf>].
- KAROLY, L.; KILBURN, M. R.; y CANNON, J. (2005): *Early Childhood Interventions: Proven Results, Future Promise*, serie Monographs, Santa Monica, Rand Corporation [<http://www.rand.org/pubs/monographs/MG341.html>].
- MARKLUND, K.; y SIMIC, N. (2012): *Nordic Children. Early Intervention for Children and Families*, Nordic Centre for Welfare and Social Issues [<http://www.siis.net/es/documentacion/catalogo/Record/200400>].
- MCDONALD, M.; MOORE, T. G.; y GOLDFELD, S. (2012): *Sustained Home Visiting for Vulnerable Families and Children: A Literature Review of Effective Programs*, Parkville, The Royal Children's Hospital Centre for Community Child Health; Murdoch Childrens Research Institute [[http://www.rch.org.au/uploadedFiles/Main/Content/ccch/resources_and_publications/Home_visiting_lit_review_programs_revised_Nov2012\(1\).pdf](http://www.rch.org.au/uploadedFiles/Main/Content/ccch/resources_and_publications/Home_visiting_lit_review_programs_revised_Nov2012(1).pdf)].
- NATIONAL INSTITUTE FOR CARE AND HEALTH EXCELLENCE. (2014): *Health Visiting*, serie NICE Local Government Briefings National Institute for Health and Care Excellence [<https://www.nice.org.uk/guidance/lgb22/resources/health-visiting-60521203534021>].
- OCDE (2015): "Integrating service delivery for vulnerable families. Preventing disadvantage?", en OCDE, *Integrating Social Services for Vulnerable Groups: Bridging Sectors for Better Service Delivery*, París, OECD Publishing [<https://dx.doi.org/10.1787/9789264233775-5-en>].
- RIERA, J. *et al.* (2013): *Programa Caixa Proinfancia. Modelo de promoción y desarrollo integral de la infancia en situación de pobreza y vulnerabilidad social*, Barcelona, Obra Social La Caixa [<http://www.siis.net/es/documentacion/catalogo/Record/181630>].
- RODRIGO LÓPEZ, M. J.; MÁQUEZ CHAVES, M. L.; y MARTÍN QUINTANA, J. C. (2010): *La educación parental como recurso psicoeducativo para promover la parentalidad positiva*, Madrid, Federación Española de Municipios y Provincias [<http://www.mssi.gov.es/ssi/familiasInfancia/docs/eduParentalRecEducativo.pdf>].
- SAMMONS, P. *et al.* (2015): *The Impact of Children's Centres: Studying the Effects of Children's Centres in Promoting Better Outcomes for Young Children and Their Families. Evaluation of Children's Centres in England (ECCE, Strand 4). Research Report*, Oxford, University of Oxford [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/485346/DFE-RR495_Evaluation_of_children_s_centres_in_England_the_impact_of_children_s_centres.pdf].
- SANTIBÁÑEZ, R.; y MAIZTEGUI, C. (2013): "Bultzatzen - Animando al Éxito, una experiencia socioeducativa y de cooperación interinstitucional en la escuela", *Revista de Educación Social*, nº 16 [<http://www.siis.net/es/documentacion/catalogo/Record/191956>].
- SCOTT, D. (2013): "Economic inequality, poverty, and park and recreation delivery", *Journal of Park and Recreation Administration*, vol. 31, nº 4, págs. 1-11 [<http://people.tamu.edu/~dscott/340/U3%20Readings/3%20-%202013%20PRA%20-%20Economic%20Inequality.pdf>].
- SÍNDIC DE GREUGES DE CATALUNYA (2014): *Informe sobre el derecho de los niños al ocio educativo y a las salidas y colonias escolares*, Síndic de Greuges de Catalunya [<http://www.sindic.cat/site/unitFiles/3687/Informe%20sobre%20el%20ocio%20educativo.pdf>].
- STORMSHAK, E. A.; CONNELL, A.; y DISHON, T. J. (2009): "An adaptive approach to family-centered intervention in schools: Linking intervention engagement to academic outcomes in middle and high school", *Prevention Science: The Official Journal of the Society for Prevention Research*, vol. 10, págs. 221-235 [<https://doi.org/10.1007/s11121-009-0131-3>].
- UNICEF (2014): *La infancia en España. El valor social de los niños: hacia un pacto de Estado por la infancia*, Madrid, Unicef Comité Español [<http://www.siis.net/es/documentacion/catalogo/Record/198602>].
- WALDFOGEL, J.; y WASHBROOK, E. (2011): "Early years policy", *Child Development Research*, vol. 2011, 343016 [<https://doi.org/10.1155/2011/343016>].
- (2010): *Low Income and Early Cognitive Development in the U.K. A Report for the Sutton Trust* [http://www.suttontrust.com/wp-content/uploads/2010/02/Sutton_Trust_Cognitive_Report.pdf].

Laguntzadun enpleguaren bidez autismo espektroaren nahastea duten pertsonen laneratzea enplegu ordinarioan. Hiru esperientzien azterketa

Maidar Escurza Zubiaur

Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV/EHU)
<kidis18@hotmail.com>

Monike Gezuraga Amundarain

Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV/EHU)

Ondorengo ikerketa kualitatiboaren xedea autismo espektroaren nahastea duten pertsonak laguntzadun enpleguaren bidez enplegu ordinarioan nola txertatzen diren miatzea izan da. Horretarako, elkarrizketa sakonak eta erdi-egituratuak garatuz, nahaste hau duten hiru langile eta prozesu horretan lagundu duten senide eta profesional desberdinen diskurtsoa aztertu da, hauek guztiek bizi izandako hiru esperientziak aintzat hartuz: enplegu ordinariora, laguntzadun enplegua eta zentro okupazionala. Ikerketaren ildo azpimarragarriek desgaitasuna duten pertsonak laguntza egokia izanez enplegu ordinariora batean lan egiteko kapaz direla erakutsi dute. Gainera, etorkizunari begira pertsona hauen egoera lan esparruan normalizatzeko premia azaleratu da, konpromiso horretan herritar guztiek parte hartuz. Azkenik, lan prestatzailea alde guztien arteko bitartekotzat zein prozesuan zehar pertsona bideratzen duen etengabeko orientatzailetzat hartu beharra dago.

GAKO-HITZAK:

Autismo espektroaren nahastea, enplegu ordinariora, laguntzadun enplegua, gizarteratzea, lan prestatzailea.

El objetivo de la siguiente investigación cualitativa ha sido examinar cómo se incorporan las personas con trastorno del espectro autista en el empleo ordinario a través del empleo con apoyo. Para ello, mediante entrevistas en profundidad y semiestructuradas se ha analizado el discurso de tres trabajadores/as con este trastorno y de diferentes familiares y profesionales que han ayudado en ese proceso, teniendo en cuenta las tres experiencias vividas por los/as tres trabajadores/as: empleo ordinario, empleo con apoyo y centro ocupacional. La investigación muestra que, con ayuda adecuada, las personas con discapacidad son capaces de trabajar en un empleo ordinario. Además, de cara al futuro ha quedado de manifiesto la necesidad de que la situación de estas personas en el ámbito laboral se normalice, proceso en el que ha de participar la ciudadanía en su conjunto. Por último, es necesario considerar al preparador/a laboral como mediador/a entre todas las partes y como orientador/a que guía a la persona durante el proceso.

PALABRAS CLAVE:

Trastorno del espectro autista, empleo ordinario, empleo con apoyo, integración social, preparador/a laboral.

1. Sarrera

Gaur egungo gizartea lan esparruan zailtasun handiko aldia pairatzen ari dela ukaezina da. Egoera hau, tamalez, are zailagoa suerta daiteke desgaitasunen bat duten pertsonentzako, autismo espektroaren nahastea (aurrerantzean AEN) dutenentzako kasu, nahaste hau duten langileak ohiko enpresetan aurkitzea ez baita ataza erraza. Hala ere, desgaitasuna duten pertsonen enplegu ordinariora bultzatzen duten ekimenak hainbat dira, laguntzadun enplegua barne. Programa hau lan giroetan desgaitasuna duten pertsonen jarduera normalizatzen saiatzen da, eskubide osoko herritar bezala (Jordán de Urríes, Verdugo eta Vicent, 2005). Baliabide honen baliagarritasuna aztertzeke, ikerketa kualitatibo bat aurrera eraman da, esparruan murgilduta dauden hiru kasuen inguruan elkarrizketak¹ burutuz. Ondoren, baturiko datuen ardatz garrantzitsuenak hartuz analisia egin da eta emaitzak lortu dira. Amaitzeko, etorkizunerako lagungarriak izango diren ondorioak atera dira.

2. Autismoa

2.1. Definizioa

Autismoa haur batzuei, jaiotzetik zein lehenengo haurtzarotik, eragiten dien nahaste bat da. Honek, maila desberdinetan, harreman sozial edo komunikazio arruntak eratzeko eta garatzeko ez gai egiten die. Ondorioz, haurra gizakiaren harremanetik isolatua eta errepikakorrek eta obsesiboak diren ekintza eta interes mundu batean murgildua izan daiteke (Baron-Cohen eta Bolton, 2003). Hortaz:

Es autista aquella persona para la cual las otras personas resultan opacas e impredecibles; aquella persona que vive como ausentes —mentalmente ausentes— a las personas presentes, y que por todo ello se siente incompetente para regular y controlar su conducta por medio de la comunicación (Rivière, 2001: 16).

Haur hauek, azken finean, askotan gainerakoekin harreman afektiboa eratzeko berezko ezgaitasunarekin heldu dira mundura (Kanner, 1993). Gainera, kontua ez da soilik maiz autismoa duten pertsonen beren harreman pertsonaletan hutsune harrigarriak dituztela, baizik eta zenbaitetan ohiz kanpoko moduan pentsatzen eta hitz egiten dute, adimen urritasun orokorrak aurkezten dituzte, eta ekintza estereotipatuak egin edo kezka oso bereziak izan ohi dituzte (Hobson, 1995). Ikusten denez, sozializazio, komunikazio eta irudimen arazoak nahikoak eta beharrezkoak dira autismoaren zati handia azaltzeko (Wing, 1988).

Modu honetan, autismoa duten pertsona batzuek, batetik, harreman sozialak ezartzeko zailtasuna

erakusten dute. Hau beste pertsonekin elkarri eragiteko arazoetan, emozioak espresatzeko eta gainerakoei erantzuteko zailtasunean eta seinale sozialen balorazio desegokian eta erabilera urrian azaltzen da. Bestetik, noizean noiz mintzamenaren agerpenean eta garapenean atzerapen bat dago. Erdiak, gutxi gorabehera, ez du modu espontaneoan ahozko lengoaiarik garatzen. Ahozko lengoia eskuratzen duten hainbatek mintzamen monotonoa, intonaziorik gabekoa eta errepikakorra aurkeztu ohi dute, ekolalia anitzekin, ni eta zu izenordainen arteko nahasketarekin eta enpatia adierazten duten portaeretan zailtasunekin. Beren ulermen mailan ere eragina dauka eta batzuek termino abstraktuak ulertzeko zailtasun handiak aurkezten dituzte (Cuadrado eta Valiente, 2005).

Gainera, baten batzuk egiten dituzten ekintzetan zurruntasuna azaltzen dute, aldaketen aurrean antsietate handia adierazten dute eta jokoetan eta gaietan duten interesa mugatua da. Esandakoaz gain, noizik behin objektu arraroei lotura eta hauen ezohiko erabilera erakusten dute eta, gradu batean edo bestean, prozesu sinbolikoetan gabezia aurkezten dute, irudimenezko ekintzetarako beharrezkoa dena (Cuadrado eta Valiente, 2005).

2.2. Bilakaera historikoa

Ia erabateko segurtasunarekin autismoa beti egon da, izan ere kultura gehienetan gizabanako oso sinpleei buruz kondairak aurki daitezke, portaera oso arraroak eta sen onaren gabezi deigarria dutenak (Happé, 2007). Horrela, haur arraroak, misterioitsuak eta enigmatikoak historiaren bidez gure kulturaren parte izan dira. Horieta batzuk haur basati bezala ezagunak ziren, otseme edo beste animali basatiengatik haziak (Coleman eta Gillberg, 1989). Esaterako, Lorna Wing-ek Victor-en kasuan, Aveyron-go haur basatiaren kasuan alegia, nahaste autista bat dagoela argudiatzen du (Wing, 1997).

Suitzako Bleuler psikiatrak ‘autista’ hitza lehenengo aldiz erabili zuen (Baron-Cohen, 2010), gizartetik urruntzen eta barneko mundu batean sartzen zen eskizofrenikoaren portaera deskribatzeko asmoz (Alonso Peña, 2009). Hitz hau Greziako *autos* hitzetik dator eta ‘bere buruarekin’ esan nahi du (Baron-Cohen, 2010). Psikiatra honek autista hitza 1911n sortu zuen, hala ere sindrome autistaren lehenengo definizioa bi psikiatren gain azaldu zen; Leo Kanner eta Hans Asperger (García-Villamisar, 2006b).

Leo Kanner-ek, Austrian jaiotako psikiatrak, autismorako bere ikasketen zati handia Amerikako Estatu Batuan garatu zuen eta honen deskribapen zientifikoari esker, historiako lehena, autismoa identitate bezala onartzen hasi zen (Martos eta Burgos, 2013). Modu honetan, autismo hitzak egun duen esanahia Leo Kanner-i zor zaio, honek 1943an egungo autismoaren oinarritzko artikulua den “Autistic disturbances of affective contact” argitaratu baitzuen, bertan bere arretea deitu zuten 11 haurrei

¹ 2015eko ekainean eta uztailen gauzatuak.

egindako behaketak bildu ostean (Artigas-Pallarès eta Paula, 2012). Gainera, artikuluan behaturiko haur guztiek partekatzen zituzten ezaugarriak ere nabarmendu zituen, besteak beste, sekulako bakardade autista, ingurunea aldaketarik gabe mantentzeko nahia, oroimen bikaina, estimuluei hipersentiberatasuna eta ekintza espontaneoaren aldaeran mugak (Happé, 2007). Azken finean, beren hasierako bizitzatik izugarriko bakardadea eta monotonia mantentzeko desira obsesiboa ezaugarrietan bat etortzen zirela egiaztatu zuen (Coleman eta Gillberg, 1989).

Hans Asperger-ek, Austrian ere jaiotako medikuak, 1944an haurtzaroan 'psikopatia autista'-ri buruzko hitzaldi bat argitaratu zuen (Happé, 2007). Bertan Asperger-ek berriazko ezaugarriak aurkezten zituen haur mota desberdin bat ikertzen jardun zuen (Baron-Cohen, 2010). Honek burututako jatorrizko ikerketaren zabaltzea urria eta mugatua izan zen; agian lana alemanez argitaratu zelako eta Alemania Bigarren Mundu Gerran murgilduta zegoelako (Martín Borreguero, 2004). Egoera hau 1981ean aldatu zen, Lorna Wing-ek ingelesera bere lanen itzulpena egin ondoren (Artigas-Pallarès eta Paula, 2012). Diagnostikoaren irizpideei oniritzia ematen dieten nazioarteko batzordeek 1994an azpitalde hau onartu zuten (Baron-Cohen, 2010).

Kanner-en ideia gehienek gaur egun indarrean jarraitzen dute eta, Hans Asperger-en lanarekin batera, egungo ikusmoldearen oinarriak funtsatzen lagundu dute (Martos eta Burgos, 2013). Hala ere, prozesu hori ez da erraza izan; 50eko eta 60ko hamarkadetan, nahasketa terminologiko baten erdian, autismoa eskizofrenia eratzat hartua zen, haurren autismoa, haurren psikosia edo haurren eskizofrenia bezalako etiketen erabileraren bidez. Haatik, 60ko hamarkadaren bukaeran eta 70ekoaren hasieran aditu batzuk autismoaren ikuspegi hau zalantzan jartzen hasi eta ondorengo bi hamarkadetan, ikuspegi kognitibo eta neuropsikologiko batetik, autismoan oinarritzko gabeziaren izaerari buruz aztertzen duten ikerketa ildoak azaldu ziren (Murillo, 2012).

2.3. Autismo espektroaren nahastea

Kanner-ek autismoari buruz egindako deskribapen originala denboraren poderioz aldatzen joan da (Happé, 2007). Horrela, 60ko hamarkadaren amaieratik ez da bakarrik fintasuna areagotu autismoaren definizioan, baizik eta espektroaren nahastea kontzepturantz ere zabaldu da. 1979an Lorna Wing-ek eta Judith Gould-ek egindako ikerketa bat kontzeptu honen oinarrian dago (Martos eta Burgos, 2013).

Bertan Kanner-ek deskribatutako ohiko ereduarekin bat zetozen pazienteak identifikatu zituzten. Halaber, Kanner-en profilarrekin bat etorri gabe, maila batean edo bestean interakzio sozialean, komunikazioan eta irudimenean arazoan hirukoa erakusten zuten

pazienteek ere detektatu zituzten, jokaera patroizurrunei eta errepikakorrei lotua (Artigas-Pallarès eta Paula, 2012). Gainera, adimen maila edozein izanda ere hirukoa identifikatua izan daitekeela azpimarratzen zuten, eta beste arazo medikoei edo psikologikoei lotua, edo ez, egon zitekeen (Artigas-Pallarès eta Díaz, 2013).

Ikusten denez, autismoak aurkezten duen itxura forma askotakoa da eta, hori dela eta, nahaste honen agerpen aukera zabala islatzeko Wing-ek asalduren espektro kontzeptua barneratu zuen (Happé, 2007). Honen iritzi, autismoak espektro bat sortzen du, hots, ez da kategorikoa (Baron-Cohen, 2010). Gauzak horrela, autismoa ondo zehaztutako kategoria bat baino hobe da garapenaren koadro desberdinetan hainbat mailatan aurkezten den *continuum*-tzat hartzea. Horietatik gutxiengoak (% 10 baino gutxiago) Kanner-en autismoa definitzen duten ohiko baldintzek hertsiki biltzen ditu (Rivière, 2001). Beraz, autismo terminoaren barruan nahaste eta sindrome tarte oso zabala sartzen da, hauen artean aldakorrek dira eta kasu batzuetan portaera batzuk beste batzuk baino kaltetuago daude (Alonso Peña, 2009).

Larritasun maila sorta honi buruz hitz egiteko AEN kontzeptua erabili ohi da (ibidem), izan ere denboraren poderioz hau sendotzen joan da eta egun esparruko aditu gehienengatik onartua da (Artigas-Pallarès eta Paula, 2012). Terminoak autismo nahastea, Asperger nahastea, haurtzaroko nahaste desintegratzailea eta garapenaren nahaste orokor ez zehaztua barne hartzen du (Martos eta Burgos, 2013). Nahaste bakoitzak ondorengo seinale desberdinak aurkezten ditu (Cuadrado eta Valiente, 2005):

- Autismo nahastea: bizitzako lehen urteetan agertzen den garapenaren asaldura azaltzen du eta portaera simple, errepikakor eta zenbaitetan arraroekin batera aurkezten da, itxuraz pertsonetikiko interes gutxi erakutsiz. Ahozko lengoaiaren eskuratzean zein ulermenean eta gaitasun sinbolikoetan zailtasunak dituzte. Asaldura hauek bizitzan zehar irauten duten arren, sintomek aldeko bilakaera izan ahal dute esku-hartze goiztiar egoki bati esker. Nahaste hau autismo purua edo Kanner-en autismoa da eta *continuum* autistaren muturrean kokatzen da ekartzen duen arazeria dela eta.
- Asperger nahastea: ekintza sozialaren narriadura adierazgarria sumatzen da, baina bere identifikazioa berankorra da guztietatik berreskuragarriena den nahastea delako. Ez du lengoaiaren asaldura hain deigarria aurkezten, ahozko lengoaiaren gaitasun on bat dutelako eta hori dela eta, gainerako nahasteena baino egokiagoa den portaera lortzeko aukera dago. Ahozko lengoaiaren intonazioa monotonoa izan ohi da, eta ez ahozko komunikazioan baldartasuna erakusten dute. Kasu askotan jokoan arauak, harreman sozialetan dauden kodigo batzuk edo esanahi bikoitzak ez dituzte ulertzen eta beren interesak oso mugatuak izaten dira. Mugimenduaren garapenari buruz, hauen

aldrebeskeria erakutsi ohi dute. Beren adimen gaitasunak zainduak dituzte eta, hazten diren heinean, esaldi konplexuak eta gaitasun sozialak erabiltzeko gai dira.

- Haurtzaroko nahaste desintegratzailea: hain ohikoa ez den nahaste honek bizitzako lehenengo hiru urteetan itxuraz normala den garapena erakusten du, baina gerokoan eskuraturiko gaitasunetan galera esanguratsuak azalduko ditu, ondorengo esparrutan behintzat: kognitiboa, hizkuntza, mugimendua, esfinterren kontrola eta jokoa.
- Garapenaren nahaste orokor ez zehaztua: aurreko diagnostikoen irizpideak argi eta garbi betetzen ez dituzten pertsonak barne hartzen dituen diagnostikoa da, bistakoa ez den zergati batekin.

2.4. Prebalentzia

Prebalentzia, epidemiologian erabilitako terminoa, azterlan dauden biztanle guztiei dagokienez gaixotasun bat pairatzen duten pertsonen proportzioa da (Espainiako Errege Akademia, 2015). Honen harira, duela urte gutxi arte autismoan argia zirudien gauza bakarretako bat prebalentzia zen. Hala ere, orain dela gutxiko zenbait ikerketek enigma berriak azaldu dituzte (Rivièrè, 2001).

Gauzak horrela, biztanlerian erregistratutako autismoaren eragina diagnostikoa eta definizioa nola egiten den arabera da. Ikerketa gehienetan eragina 4 eta 10 haur autista inguru 10.000 jaiotzako dagoela dirudi (Happé, 2007), biztanleriaren tamaina bereko laginarekin Asperger sindromearen 36 kasu eman ahal diren bitartean (Howlin, 1998). Hala ere, Wing-en eta Gould-en ikerketan asaldura sozialen, hizkerakoen eta portaerakoen hirukorako eragina 21 pertsona 10.000 biztanleko dela diote (Happé, 2007). Ildo honetatik, espektroaren ikuspuntutik abiatuz, beste autore batzuek autismoaren prebalentzia 10-20 pertsona 10.000 biztanleko (Baron-Cohen, 2010) eta 25 pertsona 10.000 biztanleko dela azaltzen dute (Fombonne, 2003). Nolanahi ere, azken urteetan Estatu Batuetan eta beste herrialdeetan AEN-rako deskribaturiko maiztasunak biztanleriaren % 1era inguru ailegatu dira (Ameriketako Estatu Batuetako Psikiatria Elkarte, 2014).

Ikusten denez, eragin zehatza zehaztu ez bada ere, azken urteetan autismoaren eragina handitu da eta hau seguru aski nahastearen inguruko informazio hobeari, ikusmolde zabalagoari (Happé, 2007) eta diagnostikoa egiteko irizpideak gero eta hobeto ezagutzeari zor zaio (Cuadrado eta Valiente, 2005). Gainera, mutilengan neskengan baino ohikoagoa den asaldura da, neska bakoitzeko lau mutil inguruko proportzioan. Alabaina, eragina modu berean ematen da mota guztietako nazioetan, talde etnikoetan eta gizarte klaseetan (ibidem).

2.5. Diagnostikoa

Buruko asalduren kontzeptualizazioa homogeneizatzeko eta profesionalen artean irizpide diagnostikoak bateratzeko asmoz gidaliburu diagnostikoak landu zituzten, Osasun Mundu Erakundeak *International Classification of Diseases* (ICD) eta American Psychiatric Association-ek *Diagnosics and Statistics Manual of Mental Disorders* (DSM) (Artigas-Pallarès eta Paula, 2012). Sailkapen proposamen diferente hauek interesgarriak dira kategoria diagnostikoen gauzatzeko eta autismoa duten pertsonen beharren zehaztapenerako beharrezkoak diren zerbitzu desberdinez informatzen dutelako (Martos eta Burgos, 2013).

Aurretik aipaturiko hiru asalduren multzoa, Wing-en hirukoa bezala ezaguna dena, autismoaren diagnostikorako oinarria da (Martos eta Burgos, 2013). Hala ere, DSM 5-ek, gidaliburuaren azken bertsioak, harreman sozialaren eta komunikazioaren nahasteen irizpideak testuinguru desberdinetan komunikazio sozialean eta interakzio sozialean etengabe gabezi bat bezala definitutako irizpide bakar batean multzokatuko ditu. Gainera, bertsio honek autismoa kontzeptualki sendotuko du, garapenaren nahaste orokorren izendapena AEN-gatik ordezkatzuz (Artigas-Pallarès eta Paula, 2012).

3. Enplegua eta desgaitasuna

Helduaroan kalitatezko bizitza baten sarbideak estatus sozial bat erdiestea dakar eta enplegu baterako sarbideak neurri handi batean estatus horretarako sarbidea ematen digu, behar bada oinarritzkoena (Verdugo *et al.*, 2010). Beste modu batean esanda, gizabanakoaren beharren ikuspuntutik enplegua integrazio sozialerako bitarteko bat bezala ulertua izan behar da (Verdugo eta Jordán de Urríes, 2007). Enplegua pertsona guztientzat aukeren berdintasuna bermatzeko funtsezko elementua da. Bestalde, bizitza ekonomikoan, kulturean eta sozialean herritarren parte-hartze betean modu erabakigarrian laguntzen du, baita beren garapen pertsonalean ere (Osasun, Gizarte Zerbitzu eta Berdintasun Ministerioa, 2015a), sarritan lana independentziarako abiapuntua eta hautaketak egiteko trebetasuna da eta (Russell, 1997). Modu honetan, enplegua pertsona orenen, desgaitasunarekin edo desgaitasunik gabe, bizitza estiloa definitzen duen ezaugarrietako bat da. Enplegu motak, lortutako soldata eta eskaintzen zaizkigun aukerek gure burua hautematen dugun moduan eta gizarteak baloratzen gaituen moduan zuzenean eragiten dute, baita maila ekonomikoan eta sozialean dugun askatasunean ere (Wehman *et al.*, 1987).

Ikusten denez, soldata bat jasotzeko premia alde batera utzita, lan jarduerak ere onarpen soziala eta talde bateko kide izateko eta errealizatzeko beharra dakar (Jiménez Casas, 2006). Horrela, lan egiteko aukera ematea ez da soilik soldata baten lorpena, baizik eta bere balio sozialaren onarpena familiaren aldetik eta komunitatearen onespenean (Verdugo eta Jenaro, 1993).

lido honetatik, ikerketek desgaitasuna duten zein desabantaila sozialean dauden pertsonentzako enplegurako sarbidean sorburua duten ondorio positiboak agerian uzten dituzte. Gainera, modu esanguratsuago batean enpleguak bizi kalitatea eta desgaitasuna duten pertsonen balorazio soziala hobetzen duela eta beren autoestimua, gizarteratzea eta trebetasun sozialak handitzen dituela nabarmentzen dute (Verdugo *et al.*, 2010). Hori dela eta, lan sartzea desgaitasuna duten pertsonen bizi kalitatea handitzeko erronka garrantzitsua da (Verdugo eta Jenaro, 1993).

Tamalez, desgaitasuna duten pertsonen kolektiboak lan-merkatuan parte hartze baxua du. 2013an desgaitasunen bat zuten 533.600 pertsonak aktibo zeuden, % 37,4ko jarduera tasarekin; kopuru hau desgaitasunik gabeko biztanleriarena (% 77,2) baino ia 40 puntu gutxiagokoa zen. Horietatik 346.600 eta 187.000 pertsonak lanean eta langabezia zeuden, hurrenez hurren. Gauzak horrela, enplegu tasa (% 24,3) desgaitasunik gabeko biztanleriarena baino 32 puntu gutxiagokoa izan zen bitartean, langabezi tasak (% 35) bederatzita puntutan gainditu zuen (Estatistika Institutu Nazionala, 2013). AEN-ri dagokionez, datuak are kezkarriagoak dira, izan ere 2004 eta 2005 urte bitartean Autismo Andalucía-k eta Sevillako Unibertsitateak egindako ikerketa baten arabera, elkarrizketatutako 74 subjektutik soilik 2-k enplegu ordinariora sarbidea zuten (Saldaña *et al.*, 2006). Hala ere, egun Espainia bezalako estatuetan autismoa duten pertsonen heren batek menpekotasun maila apur batekin lan egin dezakeela kalkulatu da (Alonso Peña, 2009).

Desgaitasuna duten pertsonen enplegua sustatzera bideratutako ekimenak enplegu babestua edo enplegu ordinariora gehitzea erraztera zuzenduak doazen arabera multzokatzen dira (Osasun, Gizarte Zerbitzu eta Berdintasun Ministerioa, 2015b). Batetik, enplegu babestuari dagokionez, desgaitasuna duen pertsonak lan jarduera bat jardun dezake, baina ez ohiko lan-merkatuan. Kasu hau enplegu zentro bereziena da, hauek jarduera produktiboa eta asistentziala burutzen duten zentro publikoak zein pribatuak dira eta langileentzat ordain bat bermatzen dute (ibidem). Alabaina, zerbitzu hauen izaera bereizitzat jo daiteke, bere helburua ez baita langileei desgaitasunik gabeko pertsonekin harremanak eskaintzea (Verdugo eta Jenaro, 1993).

Honekin batera, enplegu-enklabea Enplegu zentro bereziengatik garatutako jarduera produktiboaren eta komertzialaren ondorioz sortu da (Sánchez-Cervera, 2005). Modu honetan, desgaitasuna duten langile talde baten denboraldi baterako lekualdaketa datza, enplegu zentro berezi batetik ohiko lan-merkatuko enpresa baten instalazioetara, hain zuzen ere. Zentroa eta enpresaren arteko zerbitzuen errentamendu-kontratuaren bidez langileek jarduera produktibo bat garatzen dute. Azken helburua enplegu babestutik enplegu ordinariorako trantsizioa erraztea da (Osasun, Gizarte Zerbitzu eta Berdintasun Ministerioa, 2015b).

Bestetik, enplegu ordinarioraren barruan dauden neurrien artean, lehenengo eta behin, lanpostuen erreserba kuota eta kontrataziorako pizgarri ekonomikoak daude. Erreserba kuotak esan nahi du, 50 langile edo gehiago dituzten enpresek lanpostuen % 2 desgaitasuna duten pertsonentzat gorde behar dutela. kontrataziorako pizgarri ekonomikoa, ordea, kontratazioengatik diru-laguntzetan, kuoten hobarietan eta salbuespenetan, kenketa fisikaletan eta lanpostuen moldaketari diru-laguntzetan datza. Bestalde, auto-enpleguaren sustapenari zuzendutako neurriak daude. Hauek enpresa-proiektuak eta norbere konturako langileen auto-enplegu proiektuak finantzatu eta lan elkartuko kooperatiben edo sozietate laboralen eraketarako diru-laguntzak ematen dituzte. Azaldutakoaz gain, enplegu publikorako ezarriak daudenak aipatu beharrekoak dira. Kasu honetan, administrazio publiko guztietan desgaitasuna duten pertsonentzako lanpostuen erreserba kuota % 7 da. Gainera, aukeratze-probetan hauek beharrezkoak dituzten moldaketak eta doikuntzak erabil ditzakete, baita lanpostuen hautaketan lehenetsuna eta honen moldaera ere (Osasun, Gizarte Zerbitzu eta Berdintasun Ministerioa, 2015b).

Azkenik, enplegu ordinarioraren esparruan dagoen beste neurria laguntzadun enplegua da. Eredu hau 80ko hamarkadan Ameriketako Estatu Batuetan garatzen hasi zen (Wehman *et al.*, 1987). Aitzitik, Espainian publikoki ezagutzera eman zen 1991ko abenduan, eredu honi buruz Mallorcan egindako lehenengo nazioarteko konferentzian, hain zuzen (Bellver, 1993). Bi urte beranduago, 1993an, Asociación Española de Empleo con Apoyo sortu zen. Elkartea Espainian eta Iberoamerikan programa hau garatzen duten erakundeek elkartzen, aholkatzen, indartzen eta laguntzen saiatzen da, baita administrazioekin baliozko solaskide bat izaten ere (Arenas eta González Celpa, 2010). Laguntzadun enpleguaren definizioari dagokionez:

Se entiende por empleo con apoyo el conjunto de acciones de orientación y acompañamiento individualizado en el puesto de trabajo, prestadas por preparadores laborales especializados, que tienen por objeto facilitar la adaptación social y laboral de trabajadores con discapacidad con especiales dificultades de inserción laboral en empresas del mercado ordinario de trabajo en condiciones similares al resto de los trabajadores que desempeñan puestos equivalentes (870/2007 Errege-Dekretua: 30.619).

Horrela, kolektiboaren barruan ez da soilik azaleratzen entzumen zein ikusmen desgaitasuna edo desgaitasun fisikoa duten pertsonen artean, baizik eta buruko gaitza, autismoa edo garun-paralisia dutenekin ere (Verdugo eta Jordán de Urríes, 2007).

Aipatutako lan prestatzailea benetako sartzea gauzatzeaz eta lanpostuan entrenamendua eta beharrezkoak diren laguntzak emateaz arduratzen

den pertsona izanda, txertatze prozesuan bere egitekoa oinarritzkoa da (Verdugo, Jordán de Urríes eta Bellver, 1998). Honek bere laguntza gutxitu dezake, esaterako autismoa duen pertsonak bere gaitasunetan eta lan giroko ezagutza orokorrean hobetuz gero (Jiménez Casas, 2006). Era honetan, lanpostuan dauden laguntza profesionalak denborarekin desagertu eta laguntza naturalengatik ordezkatuak izan behar dira, lankideak adibidez (Mank, Cioffi eta Yovanoff, 1997). Hori dela eta, laguntza naturalak programaren garapenaren funtsezko alderditzat hartzen dira (Jordán de Urríes, Verdugo eta Jenaro, 2006).

Bide honetatik, laguntzadun enplegua ez da desgaitasuna duen pertsona lanpostu batean jartzea beti lan prestatzailaz lagunduta, ez da ingurune babestuetan gauzatutako lanei zuzentzen, ez du gaitasun gehiago dituzten pertsonak jartzen, ez da desgaitasuna duten pertsonak partaide diren instituzioen erantzukizunen uztea, ez da heziketa aurre-profesionala eta ez da heziketa ikastaro edo lan praktika modalitate bat. Horrela, laguntzadun enplegua eskolatik lan mundura eta bizitza independentera iragaite egokia aurrera eramateko ezinbesteko elementua da, autodeterminazioa, asebetetzea, enpleguaren mantentzea eta bizi kalitatea sustatuko duten laguntzak lanean emateko erreminta aproposena baita (Jenaro Río, 1998). Gainera, kolektibo honek gizarteari bere talentua eta esfortzua emateko gaitasuna eta borondatea duela erakusten da (Jordán de Urríes, Verdugo eta Vicent, 2005).

Beraz, programa hau desgaitasuna duten pertsonentzako dauden beste lan sartzeko modu tradizionaletatik desberdinduko litzateke, esaterako enplegu zentro bereziak (Jiménez Casas, 2006). Era honetan, enplegua ohiko enpresetan eta enplegu zentro berezietan alderatuta, lehenengoak bizi kalitate kota handiagoak eta langileen asebetetze eta beren bizitzaren gaineko kontrol pertzepzio gehiago ematen du (Verdugo *et al.*, 2010).

Esandakoarekin batera, badaude beste neurri batzuk, zentro okupazionalak kasu, zehazki enplegu mota bat ez direnak, baizik eta asistentziatzko ekintza (Osasun, Gizarte Zerbitzu eta Berdintasun Ministerioa, 2015b). Bertan lanaren inguruan orientatzen zaie, beren ikasketak sendotzeko ekintzak egiten dituzte eta mota sozialeko trebetasunak lantzen dira. Zentro hauen bidez pertsona batzuek laguntzak aintzat hartuz lan-merkatu ordinariora sartzeko aukera izango dute, eta beste batzuk enplegu zentro berezi batera ailegatuko dira beren ekintza inguru antolatuago batean jarduteko (Cuadrado eta Valiente, 2005). Hala ere, zentro okupazional batean dagoen desgaitasuna duen pertsonaren egoera ulertu behar da, desgaitasun fisikoa edo mentala duten pertsoenez bakarrik inguraturik dagoena eta lan ordaindua egiteko aukerarik ez duena (Verdugo eta Jenaro, 1993).

Ildo honetatik, AEN duten helduen bizitza egoerari eta testuinguruari buruzko ikerketek, orokorrean, gizarte, komunitate eta bereziki lan integrazio

eskaseko egoera erakusten dute (Álvarez, Cappelli eta Saldaña, 2008). Gauzak horrela, lanean sartzeko zailtasun bereziak dituzten kolektiboen artean AEN duten pertsonak zenbaitetan aparteko arazoei aurre eman behar diete. Beren desgaitasunak lan-merkatura sartzeko zailtzarekin batera, biztanleriak nahaste hauen inguruan izan ahal duen ezjakintasun orokorrak hesiei aurre egitea ekartzen die, esaterako onarpenik eza lan inguruneetan. Modu honetan, batzuetan zailtasunak eskaintzen edo bete gabeko postuen sarbidean hasten dira: ez dituzte jendearen arrazioak edo asmoak ulertzen eta ez dira gai gainerakoengan jokoerak aurreratzeko eta honek hautaketa elkarrizketa baten aurrean harridura sortzen du (Álvarez, 2011).

Izan ahal dituzten zailtasun nagusien artean, maila diferentietan, komunikazioan trabak, modu autonomoan lan egiteko mugak, jokaera eredu desegokiak, portaera obsesiboak eta ohituretan aldaketak egiteari erresistentzia daude (Howlin, 2004). Hori dela eta, enplegu ordinariora bat lortu ondoren sozialarekin, komunikazioarekin eta malgutasunarekin erlazioz atutako eremuetan dituzten asaldurek pertsona hauentzat erronka garrantzitsua dakarte (Meyer, 2001). Hala ere, AEN duten pertsonak izan ohi dituzten ezaugarri batzuk baliotsuak dira enpresentzat. Esaterako, duten desgaitasunak iruzurrak eta esanahi bikoitzak ulertzea galarazten die eta horrek langile zintzoak, argiak eta leialak bihurtzen ditu. Gainera, askok izugarri zorrotzak dira eta zehaztasun maila altua dute (Álvarez, 2011). Hori dela eta, portaera autistek modu eraginkor batean lan egiteko edo esleituriko zereginak burutzeko gaitasunez eragiten ez dietela dirudi (Alonso Peña, 2009).

Esandakoak esanda, autismoa duten pertsonen artean enplegua izateko aukerak gaitasun sozial eta komunikatibo handiagoak dituzten pertsonen kasuan gehitzen dira. Beren bokaziozko jarrerak, nahiak eta, era berean, egiatzko aukerak zeintzuk diren ikusi behar da lanerako trantsizioa planifikatu ahal izateko (Cuadrado eta Valiente, 2005). Beraz, autismoa duten pertsonen artean gaitasun gehiago dutenak bizitza independentea eramateko gai dira, gainbegiratze gabeko lanarekin, alabaina, ohikoagoa da ikuskatutako lana (Baron-Cohen eta Bolton, 2003).

Ikusten denez, autismoa duten pertsonen lanerako eskubidea funtsezkoa da eta horretarako, egin beharreko lana esanguratsua eta era askotakoa izan behar da, beren zailtasun pertsonalak beti kontuan izango dituen (Jiménez Casas, 2006). Gauzak horrela, laguntzadun enplegua pertsona hauen beharrei erantzuna emateko sortu zen (Verdugo eta Jenaro, 1993), hau AEN duten pertsonen beharren perflera hobekien egokitzen den metodologia baita (Cuesta Gómez eta Martínez Martín, 2012).

4. Entremanos elkarte

AEN zein sustapen soziolaborala esparruetan lan egiten duen elkarte bat Entremanos da. Hau 2001ean Apnabi-n, Bizkaiko autismoa eta beste AEN-k dituztenen gurasoen elkarte, zeuden familiek kolektibo honi lan aukerak eskaini behar zaizkiola erabaki ostean sortu zen (Apnabi, 2015). Gauzak horrela, Apnabi-k bultzatutako eta babestutako elkarte honen helburua desgaitasuna duten pertsonentzat, batik bat AEN duten bizkaitarrentzat, lan aukerak sortzea da (Entremanos, 2015c).

Horretarako, Entremanos elkarteak hiru programa eskaintzen ditu. Batetik, zentro okupazionalak AEN duten pertsonen beren garapen soziolaboralean laguntzea du helburu, beti ere bakoitzak dituen gaitasunak aintzat hartuz. Bestetik, enplegu zentro bereziaren bitartez desgaitasuna duen pertsonari lan egonkortasuna, garapen profesionala eta bizi kalitatea eskaintzea bilatzen da (Entremanos, 2015a). Azkenik, elkarte honek kolektiboa ohiko lan inguruetan sartzearen aldeko apustua egin duela azpimarratzekoa da eta hori dela eta, laguntzadun enpleguaren estrategia erabili eta garatzen du (Entremanos, 2015b). Modu honetan, banan-banako zerbitzu eta ekintza multzoa eskainiz, pertsonak ohiko lan-merkatuko enpresa batean sartu eta bertan jarraitu eta mailaz igotzea da helburua, prozesu horretan profesionalen zein beste laguntza mota batzuk kontuan izanda (Entremanos, 2015a). Gaur egun, programa honen bitartez bederatzi pertsona² ohiko enpresetan txertatuta daude.

Azken finean, honekin guztiarekin elkarteak AEN duten helduak gizartearen eragile aktibo bilakatzea nahi du, bai eguneroko bizitzan parte hartzeko bai gizarteak pertsona hauen lana aitortzeko (Entremanos, 2015b).

5. Ikerketaren diseinua

5.1. Ikerketaren helburu eta hipotesiak

Ikerketaren helburu nagusia honakoa da:

- AEN duten pertsonak laguntzadun enpleguaren bidez enplegu ordinariora nola txertatu diren aztertzea.

Lan hau garatzeko hipotesi batzuetatik abiatu gara:

- AEN duten pertsonak:
 - Enplegu ordinariora bat izateko gai dira.
 - Enplegu ordinariora bat izateko gizarteratzeko bidea zabaltzen die.
- Laguntzadun enplegua enplegu ordinariora bat lortzeko bitartekoa da.

² Entremanos elkarteok arduradunari egindako elkarrizketa.

5.2. Metodologia

Gauzatu den ikerketa kualitatiboa izan da. Metodologia kualitatiboa egoera bakarren eta partikularren ulerkuntzarantz orientatzen da eta agenteek berek gertaerei ematen dieten esanahi eta zentzu bilaketan, eta ikertzen diren gizabanakoek edo talde sozialek zenbait fenomeno edo esperientzia nola bizi eta esperientziatzen dituzten arreta jartzen du (Rodríguez Gómez eta Valldeoriola, 2009). Kasu honetan, AEN duten pertsonen lan munduaren txertaketa prozesura hurbilketa bat da.

Horretarako, triangulaketa prozedura erabili izan da, hots, metodo, ikuspegi edo datu mota desberdinen erabilera ikerketa berean (García Galera eta Berganza, 2005).

5.2.1. Informazio iturriak

Iturrien hautaketa Entremanos elkarteok arduradunarekin adostu izan da, informazio esanguratsuen lortzeko asmoarekin.

Ildo honetatik, hautatutako lagina AEN duten hiru langileak eta beren testuingurua da; zehazki, Entremanos elkarteok arduraduna eta laguntzadun enplegua programan lan egiten duten hiru lan prestatzaile, AEN duten hiru pertsonak egondako lantokiko bi arduradun eta hiru senide.

Era honetan, AEN duten hiru pertsona horiek, 1, 2 eta 3 kasuak bezala identifikatzen direnak, bizi izandako hiru enplegu prozesuen esperientziak aintzat hartu dira; enplegu ordinariora, laguntzadun enplegua eta zentro okupazionala. enplegu ordinariora dagokionez, A eta B kasuak lurrin denda batean lan egin dute eta C kasuak, aldiz, garbiketa enpresa batean.

5.2.2. Datu bilketarako teknika

Informazio bilketarako erabilitako teknika elkarrizketa sakona izan da. Teknika hau ikertzaileen eta informatzaileen arteko topaketak dira eta informatzaileek beren bizitzetara, esperientzietara edo egoerari buruz dituzten ikuspegiak ulerkuntzarantz bideratuak daude. Elkarrizketa sakonak ez dira galderen eta erantzunen truke formal bat, baizik eta berdinen arteko hizketa baten eredu jarraitzen dute (Taylor eta Bogdan, 1987).

Gauzak horrela, ikerketan burututako elkarrizketak aurrez aurre eginak izan dira eta hurbiltze motak izaera indibiduala eta estua izan du, kasu batean izan ezik zeinean bi senide batera elkarrizketatu diren. Hala ere, zenbait kasutan emailerik eta telefonoz gauzatzeko beharra egon da. Esaterako, erabiltzaile batek komunikatzeko dituen arazoak direla eta elkarrizketa emailerik ere egitea egokiagoa ikusi da, baliabide honen bitartez iritziak eta sentimenduak espresatzeko erosoago sentitzen baita.

Informazio iturri desberdinak direla eta, kasu bakoitzerako gidoi bat jarraitu izan da. Hauek guztiak erdi-egituratuak izan dira, hots, elkarriketa bakoitzeko momentuko gaiei egokitzen joan dira, ikerketaren helburuei, elkarriketatuei eta prozesuaren uneari moldatuz.

5.2.3. Datuen azterketa

Informazioaren analisia egiteko metodo hipotetiko-deduktiboa erabili da (Fierro, 2004). Horretarako, ikerketaren ildo azpimarragarriak aukeratu eta horien arabera kategoriak egin dira. Honen ostean, bildutako datuen ardatz nagusiak hartuz analisia egin da eta, azkenik, emaitzak atera dira.

6. Emaitzak

Emaitzak aztertutako hiru lan esperientzien arabera azaltzen dira. 1. Koadroan elkarriketatutako pertsonen egokitu zaizkien kodeak aurkezten ditugu.

1. Koadroa. Elkarriketatutako erabilitako kodeak

Langilea (L1)	Entremanos-eko arduraduna (EA)
Langilea (L2)	Lan prestatzailea (LP1)
Langilea (L3)	Lan prestatzailea (LP2)
Senidea (S1)	Lan prestatzailea (LP3)
Senidea (S2)	Lantokiko arduraduna (LA1)
Senidea (S3)	Lantokiko arduraduna (LA2)

Iturria: Egileen lana.

6.1. Enplegu ordinararioaren esperientzia

Aurkeztutako hiru pertsona hauen ibilbidea edozein dela ere, hirurek beti enplegu ordinarario batean lan egiteko alde aurretiko jarrera izan dute. Gainera, beren ingurukoie asmo hori adierazteaz gain, baliabideak ere bilatu izan dituzte:

Se ha presentado a entrevistas de trabajo de empresas que salían en información en *El Correo* (S2).

Tenía tan claro que quería trabajar que iba por Barakaldo preguntando en las fruterías a ver si necesitaban empleados (LP3).

Hori dela eta, enplegu ordinarario bat izango zutela jakiterakoan izan zuten sentsazio orokorra poztasuna izan zen. Egun duten enplegu ordinarario dagokionez, hiru kasuek jarrera baikorra mantentzen dutela azpimarratzekoa da:

Demuestra ante las compañeras una actitud superpositiva que ninguna de ellas tiene, le da importancia al trabajo (LP1).

Ikusten denez, beraientzat enplegua ez da igarokorra, baizik eta seriooki hartzen dute eta harekin

konprometitzen dira. Ildo honetatik, hirurek duten enplegua gustuko dutela eta gustura sentitzen direla baieztatu dute. Atsegin izateaz aparte, lantokiko arduradunek beren zeregina ondo betetzen dutela eta denboraren poderioz hobetuz joan direla diote:

Ahora tiene mucha más soltura en todas las tareas que realiza (LA1).

Honen harira, neurri batean edo bestean, enplegu ordinarario bat izateak hirurengan modu berean eragin duela sumatu daiteke. Era honetan, enpleguak autonomia ekarri diela adierazi dute, baita autodeterminazioa ere:

Este trabajo me aporta autonomía para hacer la tarea por mí mismo (L1).

Allí estoy tomando decisiones, y nadie está detrás mío diciendo que haga una cosa u otra; yo sé lo que tengo que hacer (L3).

Sentipen hau beren ingurukoek ere hauteman dute, autonomia fase gehiago bilatzen ari direla diote eta:

Es como que ya ha conseguido el trabajo y ahora quiere más (LP3).

Ekarpen hau, aldi berean, segurtasunarekin lotuta doa, beren buruarengan segurtasuna ekarri baitie:

Está más erguida y se le nota más segura, me pregunta qué tiene que hacer (LA2).

Lo que más me chocó fue el día que la vi diciendo a una clienta una oferta que no le habían dicho que dijera, imagínate qué es eso para ella (LP2).

Aipaturiko azken testigantzak, gainera, etapa berriak komunikazioan nahiz elkarrekintzan izan ditzaketen zailtasunetan aurrera egitea ahalbidetu diela nabarmen uzten du. Beste etsenplu batzuei dagokienez:

Me ayuda a comunicarme con los clientes y a mantener una relación con las compañeras, por eso me veo con más habilidad a la hora de hablar (L1).

Como me cuesta hablar en público, me ayuda a tener más fluidez al hablar y a estar cómodamente con la gente de fuera (L2).

Jazotako aldaketa horiek bai lankideek bai Entremanos elkarteak langileek ere sumatu dute:

Los primeros días, casi no hablaba; ahora en cambio, habla más y se le escucha la voz de manera más clara (LA2).

El hecho de que te venga y te hable directamente sin que tú le digas ya es un cambio (LP2).

Sus compañeros de trabajo están alucinados, dicen que parece otra persona, porque habla

más, pregunta más, es más cercano, interacciona mucho más (LP3).

Enplegu ordinariorik at interakzioa beren bizitza pertsonalera ere zabaldu den puntua da:

Está hablando más en casa (S2).

Honek guztiak hiru kasuetako langileek beren lankideekin duten harremana denboraren poderioz sendotu izana ahalbidetu du.

Me siento muy apoyado por ellos (L1).

Mis compañeras me apoyan y comprenden cómo soy y están pendientes de mí por si ocurre algo inesperado con alguna clienta; puedo confiar mucho en ellas (L2).

Modu honetan, hirurek egun erlazio ona mantentzen dutela baiezkotan egoteaz gain, beren ingurukoak harremana haratago doala sinetsita daude:

Cuando está por el pueblo dando una vuelta fuera de su horario de trabajo, pasa a saludarnos (LA2).

Nosotros, en el centro ocupacional, a pesar de tener mucha relación con él, no hemos llegado a tener ese nivel de confianza (LP3).

Halaz ere, egia da hasiera batean lantokiko langile batzuk ez zeudela guztiz ados lehenengo eta bigarren kasuko lan sartzeekin. Aitzitik, hirugarren kasuko lankideak pozez zoratzen zeuden:

Al principio, algunas compañeras estaban un poquito recelosas, pero con el tiempo se le ha dado la vuelta a la situación, se ha conseguido hacer un vínculo y una relación muy cercana (LP2).

En un primer momento, todo era maravilloso, una acogida demasiado optimista y proteccionista (LP3).

Azaldutakoarekin batera, enplegu ordinariorik beren seme-alabek gainerakoak bezala izateko duten grina azaleratu duela baieztatu dute. Gauzak horrela, gainerako pertsonen gisa sentitzea lortu dute, hots, lan taldearen partaide bat gehiago kontsideratzen dira eta horrek asebetetzea eman dielakoan daude:

Se siente mucho mejor, el estar con gente 'normal' le sienta muy bien (S1).

Con el trabajo se ve que es útil para la sociedad (S2).

Ser como los demás, ser uno más (S3).

Gogobetetze bateriko bizitza berri honek, orain arte beren buruen gainean izan ez dituzten erantzukizunak erdiesteko abagunea ahalbidetu die:

Le encanta sentir lo que está sintiendo, tener esas responsabilidades (LP1).

Se está viendo capaz de hacer cosas que nunca antes se hubiese imaginado que podía hacer (LP2).

Izan ere, nola senideak hala Entremanos elkarteko langileak ongi bideratuak doaz:

Me siento como una trabajadora más, porque hago lo mismo que ellas (L2).

Me siento como los demás, yo me arreglo muy bien solo (L3).

Honek guztiak, ez bairik gabe, lotura zuzena dauka hiru kasuen auto-estimuairekin:

Anímicamente está mucho mejor (S2).

Gainera, hiru kasuetako langileak bat datoz duten soldata egokia dela eta enplegu ordinariorik izateko independentzia ekonomikoa dakarrela baieztatzen:

Me puedo comprar algún caprichito, por ejemplo, mi nuevo móvil (L1).

Ildo honetatik, oraingoz independizatzeko abagunea ez badute ere, etorkizunean aukera izatekotan alde batera uzten ez duten ideia da, normalizazio seinale bat dena.

Etorkizunari begira, hiru kasuetako langileek enplegu ordinariorik batean lan egiten jarraitu nahi dutela azpimarratzen dute:

Quiero seguir trabajando, porque esto es un trabajo de verdad (L3).

Haatik arreta egun duten enpleguan jarritz hiruren iritziak ez dira bat etortzen:

Estoy fijo y quiero quedarme en ese puesto de trabajo hasta jubilarme (L3).

Si me dieran a elegir, elegiría algún trabajo de oficina, porque me siento aún más cómoda (L2).

Tengo claro que sería en una tienda, porque es en lo que me he formado y especializado, es mi trabajo ideal (L1).

Gainera, beren ingurukoek hiru kasuetako langileek lanpostuetan iraungo dutela sinetsita daude. Halere, lehenengo zein bigarren kasuak gainditze gaitasuna badute ere, erantzukizun gehiago izatea zaila gertatu liteke:

Le pueden asignar más tareas, pero más responsabilidades en cuanto a toma de decisiones respecto a otras personas, pues siendo realistas, quizás no (LP1).

6.2. Laguntzadun enpleguaren esperientzia

AEN duten pertsonen ezaugarriek lan sartze hori zaildu dezakete eta horri aurre egiteko laguntzadun enpleguaren garrantzia aipatzekoa da. Hiru kasu hauei lagundu dieten lan prestatzaileek, Entremanos elkarteko langileak direnak, kasu hauen segimendu handia egin behar izan dute:

Al principio, estaba toda la jornada y desglosábamos las tareas; cuando veía que una tarea ya estaba interiorizada, pasábamos a otra y así sucesivamente (LA1)

Hori dela eta, profesional hauen egotea ezinbestekotzat suertatzen da:

Somos como un foco encima de la cabeza de la persona: siempre tienes que estar adelantándote a los pasos que van a venir (LA2)

Alabaina, hiru kasuek hasiera batean lan prestatzailearen figura guztiz gogoko ez zutela esan beharra dago:

A él no le gustaba, bueno, a ninguno le gusta, yo creo, la figura del preparador laboral, que esté ahí marcándole (LA3).

En un principio, ella quería sin el apoyo, pero sí es verdad que muchas veces dice que, con el apoyo, se ve mucho más segura (S2).

Denboraren poderioz, hiru kasuetako langileek zereginak barneratu eta lan prestatzaileek hauen lankideekin zituzten harremanak handitu dituzten bitartean, jarraipenak gutxitzen joan dira, gaur egungo esku-hartzea gutxienekoa izatera bilakatuz. Jarraipen laguntza horren seinale dira:

Una vez a la semana la llamo para ver qué tal va todo, y voy cada quince días más o menos, según las necesidades que vayan saliendo (LA2).

Voy, por lo menos, una vez al mes, y hablo con los compañeros; éstos también me llaman en caso de que surja alguna cosa (LA3).

Azken kasu honi dagokionez, atzera egitea beranduxeago eman da:

A pesar de haber apoyos naturales, él trabaja solo, y en las tareas del día a día, no tiene ninguna persona que le oriente (LA3).

Gauzak horrela, lanpostuak zailtasun gehiago ekarri ahal lizkiokeen arren, egoera hau egiaz jazotzen da langileak duen laguntzarekin bere lana aurrera eramateko gai delako. Ildo honetatik, hiru kasuetan lan prestatzaileek emandako laguntza lankideen laguntza naturala bilakatu dela nabarmentzekoa da:

Las compañeras están siendo un gran apoyo para él, sobre todo una de ellas, que es la que le orienta en el día a día, es su apoyo natural (LA1).

Hoy en día, puedo decir que todas sus compañeras son apoyos naturales, le pueden orientar en cualquier momento (LA2).

Hiru kasuetako langileen pentsamendua ere bide beretik doala esan beharra dago, gainera hauentzat lankideengandik jasotako laguntza behar bestekoa da:

Ahora, en la tienda me ayudan mis compañeras, y por ahora, con la ayuda que tengo, para mí es suficiente (L2).

Les pregunto a mis compañeras cómo se hacen las cosas y me responden correctamente; por eso de momento no me gustaría recibir más apoyo, me veo bien como estoy (L1).

Prozesu luze honetan hiru kasuetako langileek izandako laguntza anitza izan den arren, hauek hamaika zailtasun izan dituzte, esaterako beren enpleguan malgutasuna izan dute oztopo, AEN duten pertsonen ezaugarria dena:

Es muy cuadrilado, y si el ordenador falla, ya el margen de movimiento es muy corto, se pone nervioso y no puede continuar (LP1).

Muchas veces es muy poco flexible, y eso le hace retrasarse; por ejemplo, le hemos dicho que si va justo de tiempo, que revise si está limpio o no, pero él lo limpia directamente (LP3).

Modu honetan, izandako trabak gainditzeko egokitzen franko egin behar izan dituzte, eguneroko ohikeria jarraitzea erraztu duena:

Se hicieron muchas adaptaciones para que fuera cogiendo rutinas, secuenció mucho el proceso con dibujos de pictogramas e incluso tuvimos que hacer con pelotitas caminos para que él los memorizara y fregase así bien los suelos (LP3).

Cuando le preguntaban algo, se bloqueaba, y por eso se le ponía un reto pequeñito cada día, por ejemplo, ofrecer su ayuda a tres personas. Además, preparamos frases por si no se siente con la capacidad de contestar, para que derive a esas personas hacia sus compañeras (LP2).

Oztopoak oztopo, bai Entremanos elkarteko langileek bai lantokiko arduradunek hiru kasuak enplegu ordinariora ederki egokitu direla esanez bat egiten dute. Gainera, elkarriketatuek laguntzadun enpleguak enplegu ordinariorako sarbidea ahalbidetzean, desgaitasuna duten pertsonen inklusioa ere lortzeko bidea ematen duela uste osoa dute:

El empleo ordinario es el puente hacia la inclusión, el hecho de que se pueda estar en un espacio donde está todo el mundo (LP2).

Es la única forma de que la persona se sienta como uno más sin sentirse señalado, y encima dando notoriedad a sus fortalezas (LP1).

Azken finean, AEN izan ala ez, laguntzadun enpleguak pertsona guztien arteko berdintasuna sustatzen du:

Entiendo que lo mejor es la normalidad (LA1).

Hay que hacer que trabajen igual que el resto, que lo hagan en las mismas condiciones y que ganen el mismo salario que ganaría cualquier otra persona. Por ello, el empleo con apoyo es una experiencia vital en igualdad de condiciones y ofrece la posibilidad de ejercer todos los derechos (EA).

Halaz ere, tamalez, jorraturiko esparru honetan oraindik ere bide luzea egiteke dago, izan ere horretarako gizarteak oraindik eskaintzen ez duen prestasunari buelta eman beharko lioke:

No estamos concienciados de que estas personas también tienen capacidades y derechos (LA2).

Horren adibide esanguratsua senide batek bere lantokian, hain zuzen ere, bizitako esperientzia da:

Yo he trabajado en una empresa donde trabajaba un chico con una discapacidad que tenía apoyo, y mis compañeros no le comprendían (S2).

Horretarako, bigarren kasuko senidearen hitzetan laguntzadun enpleguak enpresa guztietan nahitaezkoa izan beharko luke. Ildo honetatik, Entremanos elkarteak jadanik horretan dihardu:

Estamos luchando para que el empleo con apoyo sea visualizado por las empresas, instituciones y sindicatos (EA).

6.3. Zentro okupazionalaren esperientzia

Zentro okupazionalan egondako denborari dagokionez, Entremanos elkarteko langileen esanetan bertan hiru kasuetako langileek modu gogotsu batean parte hartu izan dute. Bide honetatik, bai lehenengo bai bigarren kasuek egun lurrin denda batean lan egiten dutela aintzat hartuz, bitxia da azken kasu hau Entremanos elkarteko dendan egon ez izana:

Nunca estaba en la tienda, lo social le podía (LP2).

Honen harira, Entremanos elkarteko langileek hiru kasuak zentro okupazionalan gustura sentitzen zirela adierazi dute. Hala ere, adiskideekin izandako adiskidetasuna dela eta, horren inguruan zalantza egiteko premia ikusi da. Batetik, Entremanos elkarteko langileen aldetik arazorik ez da egon:

Creo que se sentía bien con los compañeros, que se identificaba con ellos (LP1).

Con los compañeros, nunca ha tenido ningún problema; se ve que éstos la tenían aprecio (LP2).

Bestetik, ostera, senideen aburuz adiskideekin zituzten arazoak zentro okupazionala arbuizatzearen abiapuntua ziren:

No quería ir al centro ocupacional, a veces venía [diciendo] que había tenido algún problema con algún compañero (S1).

No le gustaba el centro ocupacional, decía que eran raros sus compañeros (S3).

Nolanahi ere, elkarrizketatuek zentro okupazionalak enplegu ordinario bat aurkitzeko duen baliagarritasuna sumatzen dute.

En el centro ocupacional, he aprendido a estar concentrado, a trabajar tranquilo y relajado, y a hacer caso a lo que me digan (L3).

De todo lo que he aprendido, han ido viendo en qué me desenvuelvo mejor (L1).

Había cosas que ya nos daban pistas de cómo iba a ser él en el empleo con apoyo (LP3).

7. Ondorioak

Ikerketaren ildo azpimarragarriek ondorio orokor batzuk begi-bistan utzi izan dituzte. Lehenengo eta behin, aurretik zehazturiko hipotesiak zeharo bete direla nabarmentzekoa da.

Batetik, AEN duten pertsonak enplegu ordinario bat izateko gai dira. Horrela, dituzten ezaugarriek hasiera batean lan txertatzean zailtasunak ekarri dizkieten arren, laguntza egokia izanez hauek desagerrarazteko kapaz direla erakutsi dute. Honen harira, AEN duten pertsonen jarrerarekin ez dago zalantzarik desgaitasun bat izatea ez dela oztopo lan egin nahi izateko, areago, enplegu baten bilaketa aktiborako eragingarria izan daiteke. Azken finean, beste edozein pertsona bezala, enplegu bat bilatzeko zein lortzeko premia dute.

Bestetik, enplegu ordinarioak gizarteratzeko bidea zabaldu diela aitortu beharra dago, egia esanda honen bitartez beren garapen pertsonalerako ezinbestekoak diren aspektuak, autonomia eta segurtasuna kasu, bereganatu dituzte, baita nahasteak komunikazioan zein elkarrekintzan eragiten dien trabak gainditu ere. Hau, ezbairik gabe, sekulako ekarpena da interakzio sozialean nahiz komunikazioan zailtasunak izatea AEN-ren seinale argiak direla kontuan hartzen badugu.

Labur esanda, gertaera honek mundu ezezagun baterako ateak irekitzen dizkie, izan ere menpekotasun parte batekin apurtzeak, besteak beste, norbera bere burua ezagutzea eta noraino hel daitekeen ikustea dakar, inolako bereizketarik pairatu gabe eta ordura arte ukaezinak ziren erronkak planteatuz.

Azkenik, laguntzadun enplegua enplegu ordinariora bat lortzeko bitartekoa dela argi baino argiago geratu da. Ildo honetatik, diziplina arteko taldearen barruan lan prestatzailea alde guztien arteko bitarteko eztaba daezina dela erakutsi da, prozesu osoan zehar pertsona bideratzen duen etengabeko orientatzaile hartu beharra dago eta. Gainera, ez da ahaztu behar profesional honen laguntza naturala bilakatu dela, edozein enpresako langileen arteko laguntza baino ez dena. Hori dela eta, baliteke egiaz gako horretan egotea; irudi hau espresuki beraiantzat sortua ez dela ikusten dute eta honek ezer inposatzen ez zaiela ustea dakar.

Zentro okupazionalari dagokionez, ikerketa honek hau helburua ez dela agerian uzten du, enplegu ordinarioranzko bidean dagoen erreminta bat baino ez baita. Alabaina, honek ez du esan nahi enplegu ordinariorako sarbidea ukatzen dela aurretik hemendik pasatu ez baldin bada.

Bestalde, etorkizunari begira erronka batzuk planteatzeko premia bistakoa da. Esaterako, ikerketaren esparruan laguntzadun enpleguak eskaintzen dituen onurak azpimarratzeaz gain, adituek egoera hau zuzenean eragiten dieten

pertsonen beren esperientziak partekatze abagunea eman behar diete, desgaitasuna duten pertsonen egoera lan esparruan erabat normalizatzea aldarrikatuz. Honekin batera, lanpostuan beren ardura are handiagoa izatea nola lor dezaketean planteatzeko beharra ere du.

Hori gutxi balitz bezala, gizarteratzea sustatu nahi bada lanpostuetan egoera bereziki sorkuntza saihestea ezinbestekoa izango da eta horretarako, segregazioa sustatzen duten neurriak apurka beren presentzia murrizten joan beharko dute, enplegu ordinarioraren aldeko apustua eginez.

Normalizazio prozesu honetan, modu eraginkorrean bidezkoagoa den gizartea garatzeko asmotan instituzioek zein enpresa ordinariora parte hartu ez ezik, herritar guztiek ere hartu behar duten konpromisoa da. Ikusi den moduan, ez mesfidantza ez babes gehiegi portaerak ez dute lan txertatzea errazten, kasu hauetan pertsona langilearen gaineratik jartzen baita. Jokabide hauek, kolektibo honekin zintzotasunez ez jokatzea dakartenak, gizartearen kontzientziazio faltagatik izan daitezke eta horrek, tamalez, beren eskubideak urratzea dakar. Honek guztiak oraindik egiteke dagoen bidea agerian uzten du.

- ALONSO PEÑA, J. R. (2009): *Autismo y síndrome de Asperger: guía para familiares, amigos y profesionales*, 2. ed., Salamanca, Amarú Ediciones.
- ÁLVAREZ, R. (2011): “Servicio de integración laboral para personas con TEA en Andalucía”, in ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PROFESIONALES DE AUTISMO, *Investigación e innovación en autismo: premios ‘Ángel Rivière’ 2010, quinta edición*, Zaragozako Aldundia, 159-233 or.
- ÁLVAREZ, R.; CAPPELLI, M.; eta SALDAÑA, D. (2008): *Quiero trabajar: empleo y personas con trastornos del espectro autista*, Sevilla, Autismo Andalucía.
- APNABI (2015): “Zerbitzuak. Sustapen Soziolaboraleko Eremua” [<http://www.apnabi.org/eu/servicios/area-de-promocion-sociolaboral/>].
- ARENAS, M. L.; eta GONZÁLEZ CELPA, R. (2010): “El preparador laboral en el empleo con apoyo”, *Educación y Futuro*, 23. zb., 43-50 or.
- ARTIGAS-PALLARÈS, J.; eta DÍAZ, P. (2013): “Bases biológicas de los trastornos del espectro autista”, in ALCANTUD MARÍN, F. (koord.), *Trastornos del espectro autista: detección, diagnóstico e intervención temprana*, Madril, Pirámide, 35-60 or.
- ARTIGAS-PALLARÈS, J.; eta PAULA, I. (2012): “El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger”, *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 115. zb., 567-587 or.
- AMERIKETAKO ESTATU BATUETAKO PSIKIATRIA ELKARTEA (2014): *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, 5. ed., Madril, Editorial Médica Panamericana.
- BARON-COHEN, S. (2010): *Autismo y síndrome de Asperger*, Madril, Alianza.
- BARON-COHEN, S.; eta BOLTON, P. (2003): *Autismo: una guía para padres*, Madril, Alianza.
- BELLVER, F. (1993): “El empleo con apoyo en España”, *Siglo Cero*, 148. zb., 55-61 or.
- COLEMAN, M.; eta GILLBERG, C. (1989): *El autismo: bases biológicas*, Bartzelona, Martínez Roca.
- CUADRADO, P.; eta VALIENTE, S. (2005): *Niños con autismo y TGD: ¿cómo puedo ayudarles?*, Madril, Síntesis.
- CUESTA GÓMEZ, J. L.; eta MARTÍNEZ MARTÍN, M. A. (2012): “Una mirada hacia el futuro”, in MARTÍNEZ MARTÍN, M. A.; eta CUESTA GÓMEZ, J. L. (koord.), *Todo sobre el autismo: Los trastornos del espectro del autismo (TEA). Guía completa basada en la ciencia y en la experiencia*, Tarragona, Altaria, 505-519 or.
- ENTREMANOS-ASOCIACIÓN PARA LA PROMOCIÓN SOCIOLABORAL (2015a): “Eskaintzen ditugun programa eta baliabideak” [<http://www.entremanos.org/eu/>].
- (2015b): “Definizioa eta egitura” [<http://www.entremanos.org/definizioa-egitura/>].
- (2015c): “Nortzuk gara” [<http://www.entremanos.org/nortzuk-gara/>].
- ESPAINA (2007): “Real Decreto 870/2007, de 2 de julio, por el que se regula el programa de empleo con apoyo como medida de fomento de empleo de personas con discapacidad en el mercado ordinario de trabajo”, *Boletín Oficial del Estado*, 168. zb., 2007-7-14, 30.618-30.622 or. [<http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2007-13588>].
- ESPAINIAKO ERREGE AKADEMIA (2015): “Prevalencia”, in ESPAINIAKO ERREGE AKADEMIA, *Diccionario de la lengua española* [<http://dle.rae.es/?id=U8xd4iz>].
- ESTADISTIKA INSTITUTU NAZIONALAK (2013): “El empleo de las personas con discapacidad” [<http://www.ine.es/prensa/np883.pdf>].

- FIERRO, A. (2004): "Sobre hipótesis y método", *Revista de Psicología General y Aplicada*, 4. zb., 379-394 or.
- FOMBONNE, E. (2003): "Epidemiological surveys of autism and other pervasive developmental disorders: An update", *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 4. zb., 365-382 or.
- GARCÍA GALERA, M. C.; eta BERGANZA, M. R. (2005): "El método científico aplicado a la investigación en comunicación mediática", in BERGANZA, M. R.; eta RUIZ SAN ROMÁN, J. A. (koord.), *Investigar en comunicación: guía práctica de métodos y técnicas de investigación social en comunicación*, Madrid, McGraw-Hill, Interamericana de España, 19-42 or.
- GARCÍA-VILLAMISAR, D. (2006b): "Sintomatología y clasificación del espectro del autismo", in GARCÍA-VILLAMISAR, D. (zuz.), *Educación de personas adultas con autismo*, Madrid, Madrilgo Erkidegoa, 31-52 or.
- HAPPÉ, F. (2007): *Introducción al autismo*, Madrid, Alianza.
- HOBSON, R. P. (1995): *El autismo y el desarrollo de la mente*, Madrid, Alianza.
- HOWLIN, P. (2004): *Autism and Asperger Syndrome: Preparing for Adulthood*, Londres, Routledge.
- (1998): "Practitioner review: Psychological and educational treatments for autism", *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39. zb., 307-322 or.
- JENARO, C. (1998): "Transición de la escuela al trabajo y a la vida independiente", *Estudios de Juventud*, 43. zb., 31-45 or.
- JIMÉNEZ CASAS, C. L. (2006): "El derecho al trabajo de las personas con autismo", *Maremagnum*, 10. zb., 123-134 or.
- JORDÁN DE URRÍES, F. B.; VERDUGO, M. A.; eta JENARO, C. (2006): "Tipicidad, calidad de vida y mejora de los resultados en empleo con apoyo", in VERDUGO, M. A. (zuz.), *Cómo mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad: instrumentos y estrategias de evaluación*, Salamanca, Amarú, 143-176 or.
- JORDÁN DE URRÍES, F. B.; VERDUGO, M. A.; eta VICENT, C. (2005): *Análisis de la evolución del empleo con apoyo en España*, Documentos saila, 59/2005 zb., Madrid, Ezgaitasunen Errege Patronatua, 7-8 or.
- KANNER, L. (1993): "Trastornos autistas del contacto afectivo", *Siglo Cero*, 149. zb., 5-25 or.
- MANK, D.; CIOFFI, A.; eta YOVANOFF, P. (1997): "Analysis of the typicalness of supported employment jobs, natural supports, and wage and integration outcomes", *Mental Retardation*, 35. zb., 185-197 or.
- MARTÍN BORREGUERO, P. (2004): *El síndrome de Asperger: ¿excentricidad o discapacidad social?*, Madrid, Alianza.
- MARTOS, J. (2000): "Trabajos en autismo", *Cuadernos de Pedagogía*, 296. zb., 56-59 or.
- MARTOS, J.; eta BURGOS, M. A. (2013): "Del autismo infantil precoz al trastorno de espectro autista", in ALCANTUD MARÍN, F. (koord.), *Trastornos del espectro autista: detección, diagnóstico e intervención temprana*, Madrid, Pirámide, 17-33 or.
- MEYER, R. N. (2001): *Asperger Syndrome Employment Workbook: An Employment Workbook for Adults with Asperger Syndrome*, Londres, Jessica Kingsley Publishers.
- MURILLO, E. (2012): "Actualización conceptual de los trastornos del espectro del autismo (TEA)", in MARTÍNEZ MARTÍN, M. A.; eta CUESTA GÓMEZ, J. L. (koord.), *Todo sobre el autismo: Los trastornos del espectro del autismo (TEA). Guía completa basada en la ciencia y en la experiencia*, Tarragona, Altaria, 23-63 or.
- OSASUN, GIZARTE ZERBITZU ETA BERDINTASUN MINISTERIOA (2015a): "Empleo y discapacidad" [<http://www.msssi.gob.es/ssi/discapacidad/informacion/empleoDiscapacidad.htm>].
- (2015b): "Más información" [<http://www.msssi.gob.es/ssi/discapacidad/informacion/empMasInformacion.htm>].
- RIVIÈRE, A. (2001): *Autismo: orientaciones para la intervención educativa*, Madrid, Trotta.
- RODRÍGUEZ GÓMEZ, D.; eta VALLDEORIOLA, J. (2009): *Metodología de la investigación*, Barcelona, Eureka Media.
- RUSSELL, J. (1997): "How executive disorders can bring about an adequate theory of mind", in RUSSELL, J. (ed.), *Autism as an Executive Disorder*, Oxford, Oxford University Press, 256-304 or.
- SALDAÑA, D. et al. (2006): *Vida adulta y trastornos del espectro autista: calidad de vida y empleo en Andalucía*, Sevilla, Autismo Andalucía.
- SÁNCHEZ-CERVERA, J. M. (2005): "Los enclaves laborales", *Siglo Cero*, 214. zb., 30-40 or.
- TAYLOR, S. J.; eta BOGDAN, R. (1987): *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: la búsqueda de significados*, Barcelona, Paidós Ibérica.
- WEHMAN, P. et al. (1987): *Transition from School to Work. New Challenges for Youth with Severe Disabilities*, Baltimore, Paul H. Brookes.
- VERDUGO, M. A.; eta JENARO, C. (1993): "Una nueva posibilidad laboral para personas con discapacidad: el empleo con apoyo", *Siglo Cero*, 147. zb., 5-12 or.
- VERDUGO, M. A.; eta JORDÁN DE URRÍES, F. B. (2007): "El futuro del empleo con apoyo. ¿Hacia dónde nos dirigimos?", *Zerbitzuan*, 41. zb., 145-152 or. [<http://www.zerbitzuan.net/documentos/zerbitzuan/El%20futuro%20del%20empleo%20con%20apoyo.pdf>].
- VERDUGO, M. A.; JORDÁN DE URRÍES, F. B.; eta BELLVER, F. (1998): "Situación actual del empleo con apoyo en España", *Siglo Cero*, 29. zb., 23-31 or.
- VERDUGO, M. A., et al. (2010): "La mejora de la calidad de vida mediante el empleo con apoyo. La experiencia del programa ECA Caja Madrid", *Educación y Futuro. Revista de Investigación Aplicada y Experiencias Educativas*, 23. zb., 13-30 or.
- WING, L. (1997): "The history of ideas on autism: legends, myths and reality", *Autism*, 1. zb., 13-23 or.
- (1988): *Aspects of Autism: Biological Research*, Londres, Gaskell.

Sobre la desprotección social

José Ignacio del Pozo

Hurkoa

<jidelpozo@hurkoa.eus>

Artikulu honetan aztertzen dira babesgabetasun sozialeko egoerak gertatzen diren ondorengo hiru kolektibo hauek: pertsona adinduak, hauskortasun egoeran dauden tutoreak eta buruko gaitzak dituzten pertsonak. Hori gauzatzeko, lehenik aztertzen dira kolektibo horietako bakoitzak egunero bizi dituen arrisku-faktoreak zeintzuk diren, eta horren ondoren adierazten dira biztanleriaren talde horiekiko isolamendu eta gizarte-bazterketak dituen berariazko kausa eta ondorioak. Azkenik, bertan nabarmentzen dira babesgabetasunaren alertarako seinale batzuek, eta iradokitzen dira zantzu batzuek politika eta gizarte-zerbitzuen arlotik prebentzioa burutu eta fenomenoak hobeto ekiditeko.

GAKO-HITZAK:

Pertsona adinduak, ezgaitasuna, mendekotasuna, buruko gaitzak, arrisku-faktoreak, gizarte-bazterketa, babesa.

Este artículo explora las situaciones de desprotección social que se dan en tres colectivos: las personas mayores, las personas tutoras en fragilidad y las personas con enfermedad mental. Para ello, en primer lugar analiza los factores de riesgo a que están expuestos cada uno de ellos, para después esbozar las causas y consecuencias específicas que el aislamiento y la exclusión social tienen en estos grupos poblacionales. Finalmente, identifica algunas de las señales que alertan de una posible desprotección y sugiere pautas para que las políticas y los servicios sociales prevengan y atajen mejor este fenómeno.

PALABRAS CLAVE:

Personas mayores, discapacidad, dependencia, enfermedades mentales, factor de riesgo, exclusión social, tutela.

1. Introducción

Referirse a la desprotección social no es fácil. Se trata de un término cuya definición es compleja y sobre al que apenas existe literatura. La referencia principal está relacionada con la protección de los derechos personales, más que con las situaciones de desprotección, por lo que se elude precisamente la definición del término. La legislación vigente plantea las bases para el ejercicio de los derechos de protección de las personas. El inadecuado desarrollo de los deberes de protección establecidos al efecto evidencia las situaciones de desprotección, privando a los individuos de los instrumentos que les permitan gozar de esa protección para un adecuado desarrollo personal y social. No obstante, si se pretende enfocar el análisis social hacia un objetivo concreto, resulta conveniente intentar definirlo.

Realizando una aproximación al concepto, quienes lo han trabajado lo caracterizan como un fenómeno multicausal, progresivo y cambiante. Así, definen la exclusión como:

la imposibilidad o incapacidad de ejercer los derechos sociales. Fundamentalmente el derecho al trabajo, pero también el derecho a la educación, a la cultura, a la salud, a una vivienda digna, a la protección social. No se trata sólo de pobreza o de falta de un hogar, sino también de situaciones de desprotección y exclusión caracterizadas por la ausencia de trabajo y por el aislamiento social. Se trata, normalmente, de situaciones provocadas por una ‘acumulación de carencias’, de desventajas generalizadas y que, con frecuencia, se mantienen en el tiempo, imposibilitando el ejercicio de los derechos sociales que corresponden a una ciudadanía plena” (Institución de la Procuradora General del Principado de Asturias, 2008: 83).

Una vez aclarado el término, se debe especificar también el lugar en el que nos situamos, los colectivos que atendemos y nuestra pequeña experiencia en la elaboración de proyectos, esto es, el lugar desde el que observamos este fenómeno social. La experiencia de Hurkoa se refiere a la atención de personas mayores, incapacitadas o no, a personas con problemas cognitivos y de salud mental, y, cuando existen, a las personas que ostentan su tutela. Al objeto de continuar ampliando la atención prestada, a partir de 2014 se ha realizado un estudio sobre las condiciones de vida y las necesidades de las personas en situación de fragilidad —en referencia principal a las mayores de 64 años—, sus características, condiciones de vida y necesidades.

Cuando se habla de desprotección, el término se relaciona con las diferentes situaciones de maltrato, que en función del modo o los tipos de conducta, se pueden producir, como son el abuso intencionado hacia terceras personas, la negligencia y el abandono, el desamparo, el

aislamiento o la vulnerabilidad, entre otras. Todas esas manifestaciones de desprotección terminan afectando seriamente a distintas esferas de la persona y pueden darse en distintos ámbitos, tanto en el de los cuidados personales como en el psicológico y el económico.

El trabajo de Hurkoa se ha centrado históricamente en la atención a personas mayores o con enfermedad mental, y es por ello por lo que en este artículo queremos centrarnos en estos colectivos, por ser los que mejor conocemos. Desde nuestro enfoque particular, el perfil de persona en situación de fragilidad es el de una mujer que vive sola (o convive con otras personas de su misma edad o mayores), con poca red social o con poca efectividad de ésta. A estas circunstancias de partida, se pueden sumar algunos condicionantes que pueden agravarla o complejizarla, como es el hecho de tener una economía precaria que puede derivar en la ‘pobreza vergonzante’, que hace que la persona en cuestión no demande ni aquellas ayudas a las que legalmente tiene derecho (por ejemplo, el complemento de pensión o la renta de garantía de ingresos). Otro condicionante es la soledad: en una sociedad como la nuestra, en la que la familia y las relaciones de amistad tienen una consideración social positiva, su carencia o ineficacia puede llevar a la persona a sentirse responsable de esa situación. Asimismo, las barreras arquitectónicas del domicilio y del barrio no facilitan el mantenimiento de relaciones sociales normalizadas, abocando a un progresivo aislamiento que puede llegar a culpabilizar al individuo en soledad, o que puede provocar un progresivo proceso de ‘acomodación’. Con independencia de las causas que la provoquen, esta soledad culpabilizante o ‘acomodada’ induce al individuo a no demandar.

En el estudio que estamos realizando sobre las personas mayores en situación de fragilidad, se ha hecho evidente que ésta es una condición que permea todas las edades de la vida. Así, se consideran personas en situación de fragilidad quienes en la infancia sufrieron algún tipo de maltrato, cuyas carencias y consecuencias afloran en la edad adulta; las criaturas con progenitores negligentes; los jóvenes, emigrantes o no, que viviendo en pisos de acogida, llegan a la mayoría de edad y, de un día para otro, se ven despojados de los recursos de que hasta ese momento habían disfrutado; las personas emigrantes en exclusión o desarraigo, máxime los ‘sin papeles’, es decir, las personas en situación de ilegalidad; las personas sin ingresos o con rentas de trabajo insuficientes para asegurar su supervivencia y la de los suyos¹; y cómo no, las personas con enfermedad mental, con independencia de su edad, las personas con déficits cognitivos, las personas ‘tutoras en fragilidad’² y, por

¹ Éste es el caso de las parejas con descendencia y con trabajos precarios o que están en paro, y que viven gracias a las ayudas provenientes de sus progenitores ya jubilados, lo que en demasiadas ocasiones supone repartir la precariedad económica.

² Término acuñado por Hurkoa para designar de forma explícita a personas mayores que tienen a su cargo —por mandato legal— a

supuesto, quienes se encuentran en una situación de soledad no elegida, con independencia de su edad y condición. Cabe apuntar que todas estas situaciones tienen una dificultad añadida cuando se producen en el medio rural. La idiosincrasia del medio, la mayor dificultad para acceder a los recursos sociales, unida a una mayor reticencia a demandar ayudas externas pueden suponer un plus de riesgo.

Con anterioridad se ha dicho que vamos a centrar nuestro análisis en los colectivos que mejor conocemos, esto es, las personas mayores, las personas tutoras en fragilidad y las personas con enfermedad mental. Se deja al margen de nuestro enfoque al colectivo de personas con déficits cognitivos, al entender que, en nuestro contexto, cuentan con estructuras de apoyo orientadas a la salvaguarda de sus derechos ciudadanos.

2. Las personas mayores

En los últimos años se ha hecho evidente el papel que factores como la exclusión social, el aislamiento y la soledad juegan en el desarrollo vital de las personas, en su conjunto, y de las personas mayores, en particular. De acuerdo con los datos del Eustat (2014), en Euskadi las personas mayores de 65 años suponen casi el 21 % del total de la población. En el estudio que estamos realizando sobre fragilidad, y concretamente al analizar los datos referentes a la ciudad de Irun, en la que se está procediendo a desarrollar el plan piloto del estudio, las personas mayores de 68 años suponen el 17,2 % de la población, y de ellas entre el 23 % y el 24 % viven solas (Ayuntamiento de Irun, 2015). De las que viven solas, el 77 % son mujeres, es decir, que 3 de cada 4 personas mayores que viven solas son mujeres; entre ellas, una parte vive con ingresos insuficientes para poder hacer frente a las necesidades básicas vitales. Sin embargo, a pesar de sus condiciones de soledad y pobreza, una gran parte de ellas se encuentra integrada en la sociedad, goza de una calidad de vida aceptable y tiene apoyos familiares y sociales.

2.1. Factores de riesgo

Además de la edad, el propio proceso involutivo que caracteriza a este colectivo es un factor de riesgo, y lo mismo cabe decir de la precariedad económica asociada a recursos insuficientes, que puede desembocar en una pobreza vergonzante. También la ausencia de interlocutores de confianza y la falta de apoyos tanto en la red formal como en la informal —bien por ausencia o por envejecimiento de ésta, bien por la pérdida de su efectividad— aboca al

descendientes con problemas de salud física o mental. Se trata de personas que son conscientes de su envejecimiento, de la disminución de sus capacidades y de la responsabilidad que asumen. Están hondamente preocupadas por el futuro, sobre todo por el de sus tutelados, y para continuar desarrollando esa función de tutela, necesitan ser apoyados y acompañados.

colectivo a situaciones de soledad y desamparo preocupantes, que, por desconocimiento de sus derechos o por la dificultad que tienen estas personas para hacer uso de ellos, pueden derivar en situaciones de autoabandono y de negligencia —llevando a que desistan de demandar la atención que legalmente les corresponde— e incrementar el riesgo de sufrir situaciones de abandono e incluso de abuso y maltrato.

Relacionada con el proceso involutivo, la disminución de la capacidad de autocrítica y la pérdida progresiva de conciencia de encontrarse en situación de necesidad implica, en ocasiones, que aunque estas personas se encuentren en situación de necesidad, no demanden.

La precariedad de la vivienda, sumada a los problemas de accesibilidad tanto en ésta como en el entorno en que se sitúa, también limita la capacidad de autogestión y de mantenimiento de las relaciones sociales. Estas situaciones se ven agravadas cuando una persona de edad avanzada asume la responsabilidad del cuidado o la tutela de terceras personas.

Como anteriormente se ha expuesto, el riesgo se agrava cuando nos referimos a personas mayores que viven en el medio rural. La dispersión que lo caracteriza y la mayor lejanía de los recursos complican su situación, máxime cuando se trata de la única generación que vive en el caserío.

2.2. Consecuencias

La principal consecuencia es la disminución progresiva de la capacidad de gestión del día a día y el deterioro progresivo de las condiciones de vida, lo que, junto con el aislamiento y la soledad, aboca a estas personas a unas condiciones de vida no dignas.

2.3. Causas

El deterioro progresivo físico y psíquico asociado al envejecimiento y la falta de recursos de apoyo y acompañamiento para este colectivo es una de las principales causas de desprotección.

2.4. Señales de alerta

Las señales de alerta son, en primer lugar, la demanda directa y, cuando ésta no se produce, la posible detección de la reducción de su actividad cotidiana, de sus relaciones sociales y el aumento de sus dificultades en la gestión de su vida y su economía. Este proceso solamente es posible detectarlo desde la cercanía. De ahí el valor de los servicios sociales y de la red social informal.

2.5. Cómo intervenir

Algunas de las líneas de actuación que pueden desarrollarse para dar una respuesta acorde a las necesidades existentes son:

- Mejorar la atención a las personas mayores mediante programas de prevención y de atención temprana e individualizada, y poner en marcha mecanismos que permitan la identificación de necesidades y el establecimiento de medidas que les den respuesta, para desarrollar una atención adecuada en el domicilio o en la institución.
- Ampliar y mejorar la oferta de viviendas tuteladas y plazas de residencias que hagan más fácil, cuando sea necesario, dejar la vivienda habitual, que ofrezcan mayores garantías y seguridad, adecuadas a las necesidades personales, sin que ello conlleve necesariamente una desubicación.
- Mejorar la información sobre cuestiones legales que faciliten la toma de decisiones y la planificación de la última etapa de la vida conforme a sus deseos y valores.
- Realizar campañas de sensibilización, a fin de que la ciudadanía se convierta en agente activo de apoyo y prevención de las personas mayores en situación de desprotección.

3. Las personas tutoras en fragilidad

En este epígrafe nos referiremos a las personas mayores que han asumido la tutela legal de un descendiente, bien por tener déficits cognitivos, enfermedad mental o por otras causas. La situación de estas personas es desconocida para la sociedad en general, si exceptuamos las asociaciones de atención a estos colectivos, que, en su mayoría, han abordado desde hace tiempo los problemas asociados a la tutela. En la medida en que Hurkoa atiende a personas mayores, desde hace algún tiempo venimos detectando la necesidad de atención que este colectivo presenta.

3.1. Factores de riesgo

Al igual que las personas mayores y muy mayores, el principal factor de riesgo de las personas tutoras en fragilidad es el envejecimiento, y derivado de éste, la dificultad progresiva para asumir las tareas y, sobre todo, la responsabilidad propia de la tutela. Un factor de riesgo asociado es la precariedad económica y las situaciones de pobreza.

3.2. Consecuencias

La consecuencia inmediata es la pérdida de efectividad. Generalmente son personas que han asumido la tutela de un descendiente, entendiéndola como una responsabilidad y un deber moral. La pérdida progresiva de su capacidad para la gestión,

tanto de su propia vida como de las obligaciones propias de la tutela, cuando no se cuenta con apoyos externos —bien de la red formal, bien de la informal— para llevar a cabo esta responsabilidad que entienden es suya e intransferible hace que se sientan frágiles, y a la vez, culpables por no poder gestionarla, lo que reduce su capacidad de gestión.

3.3. Causas

La causa obvia es la edad y el propio proceso involutivo de la persona tutora y la sobreimplicación, no efectiva, en una tarea que excede a sus capacidades actuales y que ha entendido como responsabilidad propia. La incertidumbre respecto del futuro de la persona tutelada representa una carga moral difícil de soportar. La soledad, la falta de interlocutores, la falta de información y la responsabilidad no compartida hacen más pesada, si cabe, la asunción de una responsabilidad que ya no es posible asumir.

3.4. Señales de alerta

Como en otras situaciones de desprotección, la principal señal de alerta es la demanda directa. El desconocimiento de cuestiones legales y la falta de una interlocución válida limitan la capacidad de estas personas para planificar acciones efectivas.

Otra señal que debe ser tenida en cuenta es la dificultad progresiva en las tareas de gestión de la tutela, que se puede ir manifestando en los espacios jurídico, económico y de gestión de la vida cotidiana.

3.5. Cómo intervenir

Las intervenciones con este colectivo se deben dirigir hacia el diagnóstico temprano y hacia la atención de sus necesidades, y deben abordar diferentes áreas:

- Acompañamiento y trabajo a tres bandas —con la persona tutora en fragilidad, con la persona tutora de sustitución y con la persona tutelada—, a fin de realizar un acompañamiento efectivo en el traspaso progresivo de la responsabilidad de la tutela y de facilitar la estructuración de un proceso tutelar respetuoso con las creencias y valores desarrollados a lo largo de la tutela. Al mismo tiempo, se ha de realizar un trabajo vincular entre la persona tutelada y la tutora de sustitución, paliando así un proceso más traumático consecuente al fallecimiento de la persona tutora en fragilidad.
- Mejora en la información sobre cuestiones legales que faciliten la toma de decisiones y la planificación de la vida de la persona tutelada, así como de la última etapa de la vida de los y las tutores en fragilidad, conforme a sus deseos y valores.

- Lo importante en la intervención con estas personas que han venido haciéndose cargo de todas las gestiones de otra es ofrecerles el apoyo necesario en aquellos asuntos que les resulten más complejos, siempre respetando y priorizando lo que ellas mismas demanden. Esto requiere de su total aprobación y colaboración, es decir, supone la necesidad de ir acordando conjuntamente aquellos aspectos de sus vidas y aquellas gestiones en las que se va a intervenir. De esta forma, se van creando vínculos de confianza que, con posterioridad y llegado el momento, facilitarán la labor de la persona que ejercerá como tutora, haciéndose cargo de la otra persona.

4. Las personas con enfermedad mental

Las personas con enfermedad mental³ tienen, en nuestro contexto, un riesgo añadido de desprotección y de exclusión social, debido a su idiosincrasia, a la escasez de recursos para su atención psicosocial y al hecho de que los criterios utilizados para baremar el nivel de dependencia están mayoritariamente orientados a valorar la dependencia física. Las personas con enfermedad mental no tienen limitaciones funcionales; por el contrario, una de las características de la enfermedad mental es, precisamente, la imposibilidad de hacer uso de las propias capacidades de forma que permitan disfrutar de una autonomía personal.

4.1. Factores de riesgo

Los principales factores de riesgo de este colectivo están relacionados con los síntomas, factores y condicionantes propios de la enfermedad que limitan o imposibilitan a la persona para hacer ejercicio cabal de su autonomía. Uno de los síntomas más limitantes es la apatía que acompaña a este tipo de procesos. La apatía como síntoma no es fácil de entender; no obstante, es necesario tenerla muy en cuenta a la hora de planificar el abordaje de la enfermedad mental grave.

Otro factor que se ha de considerar es la edad. La enfermedad mental permea todos los tramos de la vida, desde la infancia a la vejez, y existe una reconocida carencia en los dispositivos de atención a las personas adultas con enfermedad mental, por lo que es necesario plantearse la atención de este colectivo cuando envejece.

Relacionado también con la sintomatología y las características propias de la enfermedad, es necesario hablar de la falta de conciencia de enfermedad que caracteriza a estas personas. Aunque resulte difícil de entender, conviene tener en

³ Se estima que la enfermedad mental grave (esquizofrenia y otras psicosis) afecta aproximadamente al 1% de la población. Es a este colectivo al que nos vamos a referir.

cuenta que, aun siendo conscientes del sufrimiento que su estado les provoca, no se sienten enfermas y en muchos casos no van a demandar atención psicosocial. No es un colectivo demandante ni reivindicativo; la propia enfermedad limita en gran medida su capacidad de estructurarse como colectivo, o dicho de otro modo, su capacidad para alcanzar una eficacia como colectivo reivindicativo está muy mermada.

Puesto que la enfermedad se manifiesta en lo social, debe señalarse que son personas con las que no resulta fácil convivir y que resultan socialmente incómodas. Por último, el no diagnóstico es también un importante riesgo asociado.

4.2. Consecuencias

Las personas con enfermedad mental tienen un mayor riesgo de exclusión social, y por lo tanto, de desprotección. La esquizofrenia afecta al 1% de la población general; no obstante, el porcentaje de personas con enfermedad mental aumenta considerablemente cuando nos referimos a las personas que viven en la calle, los 'sin techo', grupo en el que alcanza aproximadamente el 15%⁴. La enfermedad les limita en su vida y en la gestión de sus problemas de salud mental. Esto provoca un deterioro progresivo de su autonomía hasta llegar a la incapacidad para manejarla, lo que cual, a su vez, deriva en un mayor riesgo de aislamiento y de deterioro físico.

Otra cuestión que es preciso señalar es la dificultad en la adherencia al tratamiento. Si bien ésta es una característica asociada a cualquier enfermedad crónica, y las psicosis lo son, en este caso se dan otros condicionantes que influyen negativamente en el desarrollo de una buena adherencia, como son la falta de conciencia de la enfermedad y los efectos secundarios de la medicación.

Puesto que la enfermedad dificulta también las relaciones con los demás, este colectivo tiene un mayor riesgo de vivir situaciones de soledad, sin olvidar el estigma social que acompaña a la enfermedad mental.

Resumiendo, los condicionantes propios de la enfermedad mental abocan a estas personas a la soledad y la exclusión. El riesgo de desprotección social de este colectivo ha sido reconocido de forma generalizada, y el Comité Económico y Social Europeo (2011) recomienda utilizar una herramienta específica para su estudio: la tipología europea de personas sin hogar (*European typology on homelessness, ETHOS*). La falta de recursos para la correcta atención

⁴ El II Estudio sobre la situación de las personas en situación de exclusión social grave en la CAPV (SIIS Centro de Documentación y Estudios, 2014), al referirse a la salud en general de este colectivo, apunta a que es peor que la de la población general. Así, el 15,2% de las personas sin hogar tienen una enfermedad mental y el 37,3% sufren alguna dolencia grave o crónica.

psicosocial de este colectivo incide negativamente en sus condiciones de vida y salud, aumentando su riesgo de exclusión y de desprotección.

4.3. Causas

Las causas de que el riesgo de exclusión social y de desprotección sea mayor para las personas con enfermedad mental respecto a quienes no la padecen se debe a los propios síntomas de la enfermedad y a la precariedad de los recursos asistenciales existentes. Nadie dudó en su momento de las bondades de lo que se denominó reforma psiquiátrica. Dejar atrás los manicomios, en tanto que instituciones cerradas y con poca capacidad de tratamiento, fue una buena medida. Lo que faltó fue desarrollar los recursos asistenciales que el colectivo necesita para evitar su exclusión. Se cerraron los manicomios y, por desgracia, en nuestro contexto las personas con enfermedad mental fueron 'devueltas', en el mejor de los casos, a sus familias, y en la mayoría, a la calle, donde viven marginadas y desprotegidas.

4.4. Señales de alerta

Las señales de alerta no son fáciles de detectar. Al no haber conciencia de enfermedad, la demanda directa no es habitual. La dificultad en la adherencia a los tratamientos o el no acudir a las consultas programadas hace que sean personas que 'se pierden', que desaparecen del sistema sanitario si éste no realiza un seguimiento planificado.

Las dificultades para la convivencia y las relaciones sociales hacen que sea un colectivo con muchas dificultades para integrarse en el mundo laboral y desarrollar una vida laboral continuada. Por desgracia, las señales de alerta se producen tarde, cuando estas personas han roto con sus vínculos afectivos y sociales y llegan a la marginación social.

Un riesgo añadido es el consumo de sustancias, que generalmente 'ayuda' a paliar los síntomas de la enfermedad.

4.5. Cómo intervenir

Está claro que es absolutamente necesario y urgente mejorar la atención general a este colectivo, mejorando el diagnóstico y el desarrollo de los dispositivos de atención psicosocial. Asimismo, conviene aumentar la oferta de dispositivos asistenciales de baja intensidad y optimizar el seguimiento permanente e individualizado de los casos. Y, por supuesto, modificar los baremos de evaluación de la discapacidad y dependencia ajustándolos a la idiosincrasia del colectivo, a las características de la enfermedad y sus síntomas, y a las limitaciones que produce en las personas. La enfermedad mental no provoca una afectación funcional, y sí, en cambio, una importante limitación para la gestión y el manejo de la autonomía personal.

5. Para terminar

En definitiva, la respuesta a las personas en situación de desprotección y desamparo requiere que el conjunto de las instituciones y servicios desarrollen políticas inclusivas, que pongan en el centro de éstas a las personas en situación de riesgo. Para ello, un requisito imprescindible es la coordinación interinstitucional y la integralidad de las respuestas.

Como líneas de actuación, se proponen las siguientes:

- Definir con claridad el ámbito competencial de cada servicio, pero con una visión colaborativa, no obstruccionista. Fortalecer la coordinación de los diferentes servicios: vivienda, servicios sociales, salud y salud mental. La coordinación no debe descansar exclusivamente en la voluntad de los profesionales, sino que han de establecerse cauces formales de trabajo compartido entre los distintos agentes concernidos.
- Dotar a los servicios y a las personas que en ellos trabajan de la capacidad y las herramientas para coordinarse con todos los recursos disponibles, y poder así realizar el acompañamiento y el seguimiento de la persona en situación de desprotección de forma integral. Aquí sería fundamental disponer de la figura del profesional de referencia, que asuma una función de seguimiento, de acompañamiento de la persona atendida y de coordinación respecto de los diferentes recursos que necesite.

Bibliografía referenciada

- COMITÉ ECONÓMICO Y SOCIAL EUROPEO (2012): “Dictamen del Comité Económico y Social Europeo sobre ‘El problema de las personas sin hogar’”, *Diario Oficial de la Unión Europea*, 2012/C 24/07, 28-1-12, págs. 35-39 [<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=CELEX%3A52011IE1592>].
- AYUNTAMIENTO DE IRUN (2015): *Padrón municipal*.
- EUSTAT (2014): *Panorama demográfico*, Vitoria-Gasteiz, Eustat [http://www.eustat.eus/elementos/ele0012200/ti_Panorama_demografico_2014/info012240_c.pdf].
- INSTITUCIÓN DE LA PROCURADORA GENERAL DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS (2008): *23^{as} Jornadas de Coordinación de Defensorías. Las personas en situación de desprotección social grave. Asturias 2008* [http://www.ararteko.net/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/o_1874_1.pdf].
- SIIS CENTRO DE DOCUMENTACIÓN Y ESTUDIOS (2015): *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.siiis.net/es/investigacion/ver-estudio/347/>].

Desarrollo e incorporación de tecnologías avanzadas en la prestación de servicios sociales

Adriana Martínez Sans

APTES, Asociación para la Promoción de la Tecnología Social
<info@tecnologiasocial.org>

Artikulu honen xedea da gizarte-zerbitzuak eskaintzean teknologia aurreratuen garapen eta sarpenaren maila zein den ezagutzea. Gogoeta zentratu da adin edo mendekotasunaren ondorioz sostenguak behar dituen biztanlerian. Bertan azaltzen dira teknologia eta teknologia aurreratuen inguruko gaiak, edota zergatik gertatzen den arrakasta kasu batzuetan. Halaber, bertan aurkezten dira gure gizarteak aintzat hartu beharreko izango dituen oinarritzko erronka eta gomendioak, betiere teknologia baliagarri gertatzea nahi badugu egun eta etorkizunerako diseinatzen ari garen zerbitzu horiek ahal bezain modurik egokienean eskaintzeko.

GAKO-HITZAK:

Gizarte-zerbitzuak, teknologia berria, pertsona adinduak, mendekotasuna, ezgaitasuna.

Este artículo pretende conocer cuál es el nivel de desarrollo e incorporación de las tecnologías avanzadas en la prestación de los servicios sociales. La reflexión se ha centrado en la población que, por edad o dependencia, requiere de apoyos. Se plantean cuestiones como las diferentes concepciones sobre la tecnología y la tecnología avanzada, o sobre el porqué de los casos de éxito. Asimismo, se plantean los principales retos y recomendaciones que nuestra sociedad debe abordar si queremos que la tecnología nos sirva para proveer de mejor manera los servicios con los que hoy contamos y los que estamos diseñando de cara al futuro.

PALABRAS CLAVE:

Servicios sociales, nuevas tecnologías, personas mayores, dependencia, discapacidad.

1. Introducción

El ámbito de los servicios sociales no es ajeno a la evolución de nuestra sociedad, y por ello, la tecnología también ha estado presente en él desde hace unas decenas de años, con presencia diversa, especialmente la que se refiere a las tecnologías de la información y comunicación (TIC) para la gestión y la provisión de los servicios.

Sin embargo, y comparado con otros sectores económicos, como el comercio o la banca, en el sector social parece que ni las personas usuarias de los servicios, ni los y las profesionales disponen en su día a día de toda la tecnología que ya está desarrollada para facilitar una prestación de apoyos con valor añadido que favorezca el mantenimiento de una autonomía decisoria y la sostenibilidad de los servicios. Los motivos son varios, como veremos en este artículo, pero el resultado final es que hay tecnología disponible que no se ha incorporado al día a día ni de la persona gestora, ni de la cuidadora, ni de la usuaria final.

Este artículo pretende conocer cuál es el nivel de desarrollo e incorporación de las tecnologías avanzadas en la prestación de los servicios sociales. Es preciso matizar que si bien los servicios sociales atienden a toda la ciudadanía, la reflexión se ha centrado en la población que, por edad o dependencia, requiere de apoyos. Así pues, el envejecimiento es el foco principal de estas líneas. Se plantean algunas cuestiones clave, identificadas durante la reflexión y en las entrevistas mantenidas para su preparación, tales como las diferentes concepciones sobre la tecnología y la tecnología avanzada, o sobre el porqué de los casos de éxito. Asimismo, se plantean los principales retos y recomendaciones que nuestra sociedad debe abordar si queremos que la tecnología nos sirva para proveer de mejor manera los servicios con los que hoy contamos y los que estamos diseñando de cara al futuro.

Durante las entrevistas realizadas, todas las personas que han colaborado expresan la idea de que la tecnología es útil en la medida en que facilita una mayor autonomía —durante un período mayor de tiempo—, en que provee un servicio más eficiente y en que favorece el trato humano, el contacto y la adaptación a cada persona. Por ello, podemos decir que las manifestaciones recogidas se sitúan en línea con la promoción de la autonomía y la calidad de vida de las personas y su entorno.

APTES (Asociación para la Promoción de la Tecnología Social) nació en 2003 como asociación sin ánimo de lucro de personas y entidades interesadas en dar una mejor respuesta a los retos sociales con el diseño y la tecnología social como ejes vertebradores de su misión. En colaboración con la UPV-EHU, APTES ha promovido el máster en Tecnología de Apoyo a la

Autonomía Personal¹, que reúne a profesionales del ámbito social, tecnológico y sanitario, con quienes se crea el perfil de la persona experta en tecnología social.

2. ¿Qué es tecnología? ¿Qué es tecnología avanzada?

El título de este artículo plantea una reflexión inicial que es de suma importancia y que ha sido objeto de debate en cada una de las entrevistas mantenidas para su redacción: ¿qué es tecnología? Si bien la acepción tradicional de ésta habla de un dispositivo, un *software* o de las TIC, durante las entrevistas se ha repetido una visión más amplia de tecnología por parte de todas las personas participantes. Éstas amplían la acepción inicial y están de acuerdo en enmarcarla en cualquier conocimiento empaquetado, listo para ser usado por personas no expertas, que provenga tanto del ámbito científico y técnico —tecnología ‘dura’— como del de las ciencias sociales y las humanidades —tecnología ‘blanda’—. La tecnología así concebida puede tener un formato tangible (producto, dispositivo, *software*, aplicación) o intangible (métodos, modelos, procesos, diseños).

¿Qué es tecnología avanzada? Para el ámbito que nos ocupa, la acepción académica de tecnología avanzada nos lleva directamente a la domótica, la robótica y la teleasistencia. No obstante, vemos oportuno considerar que el que algo (tecnológico o no) sea ‘avanzado’ puede significar cosas tan distintas como que ‘no sea usado por muchas personas’ o que ‘requiera de una inversión o una formación específica’. Así pues, en los siguientes apartados se ha optado por hablar de tecnología sin calificativos, incluyendo —como no podía ser de otra manera— la domótica, la robótica y la teleasistencia, e incorporando otras tecnologías, como la realidad virtual y aumentada o los sistemas de comunicación alternativa y aumentativa. Se observará que no aparece la telemedicina en esta revisión, ni la tecnología aplicada a la adherencia a la medicación, dado que estrictamente en ambos casos su provisión corresponde al sistema sanitario y no al social. No obstante, muchos de los retos que se señalan más adelante son extrapolables a la telemedicina o a la adherencia al tratamiento.

3. Tecnología y prestación de servicios sociales

Sin la ambición de hacer un inventario exhaustivo, pero con el fin de poner ejemplos concretos de qué tecnología está presente o disponible para la prestación de los servicios sociales, proponemos utilizar dos variables en dicha provisión (Cuadro 1).

¹ <<http://www.ehu.es/es/web/mastertecnologiadeapoyo/aurkezpena>>.

La primera, cuál es el nivel de apoyo que una persona necesita para mantener su autonomía:

- Sin necesidad de apoyos: personas autónomas que, con intención de posponer la dependencia, hacen uso de tecnología para diferentes propósitos. En sentido estricto, no están aún en situación de recibir apoyo de los servicios sociales, pero sí lo estarán en un futuro más o menos cercano. Dicho usos se dan tanto en un entorno doméstico como en el exterior.
- Con necesidad de apoyos: personas que requieren de apoyos diversos para compensar su diferente situación de dependencia. Tanto ellas directamente como su entorno solicitan la prestación de los apoyos que los servicios sociales tienen diseñados, y que pueden ofrecerse fundamentalmente tanto en entorno domiciliario como en residencial.

La segunda variable tiene que ver con el nivel de madurez de la tecnología: si se encuentra en una fase de pilotaje o de implantación. Se trata de una simplificación del Technology Readiness Level², escala utilizada en el ámbito tecnológico para indicar cuánto de cerca se encuentra una determinada tecnología de estar operativa en el mercado.

Hacemos, pues, una matriz de doble entrada con estas variables para ilustrar con algunos ejemplos qué tecnologías están disponibles en cada contexto.

Es preciso señalar que aquí no hay elementos estancos, ya que algunas tecnologías coinciden en el tiempo tanto para lo preventivo como para una situación de necesidad de apoyos.

A esta matriz de doble entrada es preciso incorporar un tercer eje transversal y agente fundamental: los servicios sociales de atención primaria. Tal como se recoge en el estudio recientemente publicado por el Ararteko *La situación de los servicios sociales municipales en la Comunidad Autónoma de Euskadi* (2016), la cuestión de la necesidad de que las ‘nuevas tecnologías’ den eficiencia y doten de mayor valor añadido a su trabajo aparece reflejada en él. Este informe también hace referencia, precisamente, a la necesidad de impulsar una intervención individualizada, con la gestión de casos y el apoyo en domicilio a las personas frágiles y su entorno, algo que no es posible hacer de manera analógica, sino que requiere de todo apoyo que desde lo digital pueda llegar.

Con todo ello, se hace notar que el Cuadro 1 recoge únicamente tecnología ‘dura’. Pues bien, es preciso insistir en el hecho de que ésta no se puede aislar del actual desarrollo tecnológico ‘blando’ — metodológico, de diseños, de procesos, de modelos— y que ambas tecnologías influyen una en otra, y viceversa. Así, la atención centrada en la persona, la ‘amigabilidad’ del territorio con las personas mayores (Euskadi Lagunkoia, Donostia Lagunkoia), los servicios de información y orientación

Cuadro 1. Tecnologías disponibles en el ámbito de los servicios sociales, según personas destinatarias y nivel de madurez tecnológica

Personas destinatarias	Nivel de madurez tecnológica	
	Piloto	Implantado
Personas autónomas	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicaciones para el seguimiento nutricional, de la actividad física o del sueño. • Estimulación sensorial (tipo Snoezelen®). • Aplicación de la realidad virtual y aumentada. • Actividad física y de rehabilitación (tipo Kinect®). 	<ul style="list-style-type: none"> • Teleasistencia (betiON). • Domótica: control de entorno para la motorización de puertas y persianas, confort (temperatura y luz). • Sensores de seguridad (gas, humo). • Estimulación cognitiva autónoma (aplicaciones, juegos serios [<i>serious games</i>]).
Personas con apoyo en domicilio	<ul style="list-style-type: none"> • Estimulación cognitiva con apoyo a distancia. • Sensores de actividad de la persona usuaria. • Geolocalización. • Control de tareas del servicio de ayuda domiciliaria (SAD). • Apoyo psicosocial a distancia. • Apoyo a personas cuidadoras a distancia (betiON). • Robótica para estimulación cognitiva y emocional. • Actividad física y de rehabilitación (tipo Kinect®). 	<ul style="list-style-type: none"> • Teleasistencia (betiON). • Sensores de seguridad (gas, humo). • Sistemas de comunicación alternativa y aumentativa. • Control de caídas.
Personas con apoyo en residencia	<ul style="list-style-type: none"> • Robótica para estimulación cognitiva y emocional. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sistemas de comunicación alternativa y aumentativa. • Sensores de presencia en cama o espacios. • Control de caídas. • Control de errantes.

Fuente: Elaboración propia.

² <<http://www.horizonte2020.es/tag/trl/>>.

de productos de apoyo (en cada territorio histórico), programas de actividades culturales, formativas y de actividad física (Ermua Mugi!, Programa +55 Donostia) son tecnología ‘blanda’, y ésta va a influir enormemente en qué tecnología —‘dura’— debe probarse e implantarse.

3.1. Avances

3.1.1. Personas autónomas

La tecnología ha recorrido un camino ya largo en lo que tiene que ver con soluciones para personas autónomas, con una importante penetración y uso. En primer lugar, porque las personas mayores de 55 años, sin ser nativas digitales, han sido capaces de subirse al carro de lo digital. Casi la totalidad de las personas mayores en el País Vasco disfrutan de teléfono fijo (92,6%), y la gran mayoría, de teléfono móvil (78,5%). Una de cada tres dispone de ordenador o tableta, y de acceso a internet en sus hogares. Y si bien un 72,2% de las personas de 55 a 64 años disponen de ordenador o tableta, y un 74,1%, de acceso a internet, sólo disponen de estos equipamientos un 20% de las personas con más de 80 años (Departamento de Empleo y Políticas Sociales, 2015).

Podríamos entonces hablar de que hay un primer grupo de personas, que, sin ser nativos/as digitales, se han apropiado exitosamente —con más o menos esfuerzo— de la tecnología a su alcance (teléfonos inteligentes, tabletas, con todas sus utilidades, sistemas de medición de parámetros de sueño, ejercicio físico, juegos serios [*serious games*], para la estimulación cognitiva). Un segundo bloque, generalmente los mayores entre los mayores, se han apropiado en menor medida de la tecnología, de una manera más puntual y frecuentemente motivados por el beneficio de mantener la relación familiar con quienes están lejos o la oportunidad de iniciarse en aficiones, por ejemplo.

En segundo lugar, porque los apoyos tecnológicos han venido ‘empaquetados’ en electrónica de consumo (uso masivo de teléfonos inteligentes, tabletas) y con la promesa de facilitar servicios socialmente valorados a través de programas o aplicaciones (sistemas de medición de actividad física o de sueño, de estimulación cognitiva) fáciles de utilizar.

Con todo ello, este grupo de personas mayores de 55 años se convierten en consumidoras y no usuarias, en el sentido de que son ellas las que deciden y financian su compra, sin necesidad de que haya una financiación pública que apoye esta decisión, la cual se toma en el entorno privado. En este cambio de esquema de consumo, influye lógicamente la disponibilidad de renta de cada persona o unidad familiar, pero es sin duda un cambio notable que debe considerarse de cara a lo que, en un futuro, estas personas van a solicitar de los servicios sociales.

Si ponemos el foco en el que probablemente sea el paradigma del éxito de la tecnología en este contexto (y en el de las personas dependientes), tenemos que hablar del servicio de teleasistencia público betiON. Un servicio con una penetración importante (43.044 personas usuarias, el 9,70% de las personas mayores de 65 años de Euskadi, el 25,93% de las mayores de 80, y el 36,03% de las mayores de 85 años)³ y con una valoración social muy positiva. El servicio integra el apoyo social y sanitario, y se provee con una tecnología que, de cara a la persona usuaria, puede considerarse como básica. Quedan, pues, señaladas dos claves para su éxito: ofrece servicios integrados y lo hace con una tecnología básica (sencilla para la persona usuaria). Ello no quiere decir que el trabajo interno de betiON no sea tremendamente complejo en términos tecnológicos: desde las infraestructuras de comunicación, pasando por la gestión de la información a través de técnicas de analítica de datos—, hasta la utilización de sensores de control del entorno y del comportamiento de la persona. Al hilo de esta complejidad, la estrategia de betiON es continuar utilizando tecnología avanzada ‘entre bastidores’, para mejorar el servicio de cara a la persona usuaria, con una atención aún más personalizada.

En el ámbito de la domótica, hay una importante presencia en el mercado de sistemas de control de entorno a precios razonables: motorización de puertas y persianas, o de variables de confort, entre otros. Si bien surge la duda de si lo podemos considerar tecnología avanzada o no, lo cierto es que su instalación y la facilidad de uso desde diferentes interfaces —teléfonos móviles o tabletas— es un apoyo cierto en el fomento de la autonomía y la permanencia en el hogar.

Aún sin una aplicabilidad concreta, es necesario seguir las posibilidades de los sistemas de realidad virtual y realidad aumentada, que se encuentran en pleno desarrollo, y aunque hoy no hay más que pilotos enfocados a juegos serios (*serious games*) para reducción de estrés apoyados en estas tecnologías, será una de las líneas tecnológicas de mayor desarrollo en los próximos años. En este caso, su penetración también se verá facilitada por el hecho de que, con un teléfono inteligente y unas gafas de cartón como soporte, podemos ya tener experiencias de inmersión muy interesantes, a la espera de que se traduzcan en servicios útiles y, por tanto, de valor reconocido.

Es, sin duda, un reto mejorar el grado de conocimiento de todas estas tecnologías por parte no sólo de las personas mayores o su entorno, sino también de los y las profesionales que las rodean e influyen en ellas. Este conocimiento debe incorporarse en la orientación desde los servicios sociales y servicios sanitarios de atención primaria,

³ El 59% de la población de betiON son personas que viven solas. El 79% son mujeres. El perfil de la persona usuaria es una mujer de 82 años que vive sola (Fuente: Osatek-betiON).

o desde las entidades asociativas especializadas. Hay que tener en cuenta que es un grupo de personas cuya decisión de compra y uso de un servicio apoyado en tecnología se decide por imitación (una persona del entorno lo tiene ya en el ámbito familiar o de amistad, se ha visto o probado en asociaciones de personas mayores, en aulas de la experiencia), o por prescripción de profesionales sociosanitarios o de instaladores (gremios, decoradores).

En este sentido, es imprescindible rediseñar la formación de las personas que, en su desempeño profesional, pueden orientar para el uso o prescribir las diferentes tecnologías, ya que no está suficientemente organizada ni formalizada, y aunque hay en marcha alguna iniciativa que se detalla más adelante, aún no tiene un espacio reglado en los programas de formación.

3.1.2. Personas con necesidad de apoyos en domicilio

La atención a una persona que requiere de apoyos en domicilio supone sofisticar los servicios anteriormente citados y añadir otros que, en el caso de personas autónomas no proceden. La teleasistencia continúa siendo esencial, como ya se ha comentado, pero además cobra importancia el papel que puede desempeñar en la calidad de vida de la persona cuidadora, con formación, apoyo psicológico, de reducción de estrés, a través del mismo servicio de teleasistencia. La domótica requiere de mayor funcionalidad y, por ello, interesa la prescripción de productos de apoyo que, siendo de base mecánica, presentan una usabilidad mayor, con interfaces de control de entorno, como pulsadores, mandos multifunción o mandos de barrido, entre otros.

Para una persona que ve mermada su autonomía, cobran sentido los sistemas de estimulación cognitiva, física y sensorial, ya que inciden positivamente en cómo mantiene o mejora sus capacidades. Gracias a su fácil instalación en tabletas y móviles, el uso de estos programas es cada vez mayor.

Para una persona cuya capacidad de comunicación no es óptima, los sistemas de comunicación alternativa y aumentativa, hoy fácilmente instalables en tabletas, son también esenciales. Quizá en este ámbito hay que alertar de que, en ocasiones, la incorporación de tecnología para el apoyo puede verse casi como una dejación de funciones en un contexto familiar: el “como yo ya le entiendo” o el “si ya se lo puedo hacer yo” son una barrera para lograr que el uso de estos sistemas se extienda.

Es interesante tener también en cuenta los sensores avanzados de seguridad, gas, humos, caídas o geolocalización a través de móvil, cada vez más desarrollados, más interoperables y con menor coste de inversión e instalación.

Con todo ello, el aspecto crítico en todas ellas —bien resuelto en el servicios de teleasistencia betiON— es el componente humano: un programa de estimulación cognitiva, por ejemplo, requiere de un diseño individualizado y un seguimiento que, aun apoyado en la inteligencia artificial y algoritmos, sólo va a tener éxito si se acompaña de un apoyo profesional que, a distancia o presencialmente, acompañe a la persona en su avance, y ésta así lo perciba.

Otro aspecto importante en este contexto es otorgar una importancia máxima a la formación de las personas cuidadoras en sus diferentes papeles: servicio de ayuda a domicilio (SAD), familiares, no familiares remunerados (con o sin contrato). Es importante tomar en cuenta que son las que pasan un tiempo considerable con la persona receptora de los apoyos en su entorno doméstico, y tienen la capacidad para orientar, animar, formar y acompañar en el uso de cualquier tecnología de apoyo. Sin embargo, aún sorprende su poca participación —salvo excepciones— en el diseño e implantación de la tecnología, así como en el prácticamente inexistente espacio para ésta en su formación.

Las empresas adjudicatarias del SAD han comenzado a incorporar tecnología de consumo (teléfonos inteligentes y tabletas) para facilitar la comunicación y el seguimiento de la evolución de la persona receptora del servicio, utilizando las aplicaciones que los sistemas de gestión tienen para su uso móvil. Sin embargo, salvo para la parte de comunicación, que ya se incluye en los pliegos de los concursos públicos, lo relativo al seguimiento de la persona desde la aplicación móvil tiene aún un uso minoritario.

¿Pero cómo avanzar e ir más allá de pilotos para el uso de una tecnología dada? El apoyo a todo el abanico de personas que aportan cuidado en un entorno doméstico es un eje crítico señalado de forma generalizada, y la oportunidad de llevarlo a cabo ayudándose por tecnología es clara: abundan proyectos piloto para el uso de ésta en las áreas de formación, apoyo psicológico y de estimulación cognitiva, pero su uso no termina de despegar. Más allá del argumento de las limitaciones presupuestarias, convenga quizá hacer una reflexión sobre cómo se mide la incidencia social de estos pilotajes (incluyendo otros elementos, además del coste-beneficio), para que la Administración pueda tomar las decisiones de inversión y despliegue de manera ágil.

Otro aspecto importante es que las personas que se ocupan de la atención directa (principalmente, en el SAD), así como de la orientación en los servicios sociales de base, no tienen, en su recorrido formativo reglado, una formación sobre las tecnologías disponibles en su ámbito. Aunque los centros de formación profesional y las universidades están incluyendo la formación en TIC en su currículum, los profesionales deben poseer un mayor conocimiento sobre las últimas tecnologías disponibles para el mejor desarrollo de su trabajo.

En este sentido, merece una mención especial la iniciativa del Grupo Servicios Sociales Integrados, apoyada por Lanbide, para el diseño y desarrollo de la especialidad formativa denominada ‘La aplicación de las tecnologías de la información y de la comunicación en el servicio de ayuda a domicilio’ (Servicio Público de Empleo Estatal, 2015). Esta formación tiene la virtud de romper el círculo vicioso de un desarrollo tecnológico no acompasado con la formación de quienes deben apoyar su uso por parte de la persona usuaria final, y será sin duda una palanca para facilitar tanto el despliegue tecnológico como el reconocimiento social de las personas dedicadas al SAD.

3.1.3. *Personas con necesidad de apoyos en residencia*

No todas las personas que viven en una residencia son dependientes, pero sí un porcentaje muy elevado de quienes han optado por este servicio. Es en este colectivo en quien centraremos la revisión siguiente, así como en las personas que directa o indirectamente lo apoyan.

En el contexto residencial, la tecnología se ha hecho presente a través del uso masivo de *software* de gestión (ResiPlus o similar) y de algunas cuestiones de seguridad, como el control de acceso, el control de errantes o los sensores para la detección de caídas. A veces no ha sido fácil la decisión de incorporar o no estas tecnologías de apoyo, ya que han venido muy influenciadas por la posibilidad de que sus sistemas operativos fueran o no interoperables con los de gestión, ya presentes en el día a día de las residencias.

El residencial es un entorno en el que los productos de apoyo están disponibles, pero no con la implantación que sería oportuna para facilitar el trabajo de las personas, especialmente las dedicadas a la atención directa. Así, dispositivos ya existentes en el mercado, como domótica para control de entorno, productos de apoyo para facilitar las transferencias o sensores más sofisticados (presencia en cama) están insuficientemente extendidos, y es preciso tener en cuenta su efecto en la organización de la residencia.

Como pasa en el entorno doméstico, la formación y puesta al día en tecnología se ha de reforzar, y sin duda la especialidad formativa citada en el apartado anterior, si bien está diseñada para el SAD, ayudará también en el contexto residencial.

3.1.4. *Servicios sociales de base*

La presencia de la tecnología en la atención primaria de los servicios sociales está básicamente representada por los sistemas de gestión en los que se apoyan los y las profesionales, que, en su labor de administración y de trabajo social, informan, orientan,

valoran y acompañan a las personas que acuden a ellos. Es importante señalar que se trata de tecnología básica, pero esencial para poder hacer dicha labor de manera eficaz y eficiente. Sin embargo, el panorama es de un mosaico de sistemas de gestión en el que la interoperabilidad no viene dada. Todo ello tiene que ver con los tres niveles de gestión administrativa de la Comunidad Autónoma Vasca y con un proceso de decisiones de diseño e inversión en sistemas de gestión que, ante la falta de un único aplicativo común —que hoy ya existe, Gizarte.net—, hizo que muchos municipios desarrollaran los suyos propios. Se da la paradoja añadida de que los servicios sociales de base conviven con un servicio sanitario que, gracias a la capacidad de inversión y política, ha avanzado enormemente en la unificación de sus sistemas, atendiendo con el apoyo de la tecnología de la misma manera a una persona receptora de sus servicios, independientemente de en qué municipio o territorio viva.

Así las cosas, la interoperabilidad de los sistemas, la elección de qué información es relevante, la necesidad de facilitar la gestión documental (en especial, lo relativo a la Ley de Procedimiento Administrativo), o la coordinación entre diferentes servicios sociales (SAD y teleasistencia, por ejemplo) son aspectos que aparecen repetidamente como cuestiones esenciales que la tecnología debería ser capaz de facilitar. Estas consideraciones pueden parecer básicas —o ligadas a una tecnología básica—, pero para poder dar un mejor servicio, debe ser una tecnología inteligente, que facilite la toma de decisiones. Para esto, es imprescindible una inversión en diseño, desarrollo, formación y despliegue, y para ello, a su vez, hace falta decisión política y presupuesto.

A pesar de lo dicho, en la intervención en el día a día cabe señalar el aprovechamiento informal que las y los profesionales de los servicios sociales de primaria han hecho de las TIC, haciendo uso de videoconferencias y otros sistemas de comunicación para facilitar la atención a las personas usuarias y su entorno familiar.

Por último, las personas entrevistadas mencionan el poco tiempo de que disponen para mantenerse al día de las últimas novedades en tecnología para el cuidado, tanto en la fase de desarrollo como en la de implantación. Es cierto que existen repositorios de productos de apoyo disponibles en internet donde consultar qué hay y para qué necesidad, pero ni se conocen suficientemente, ni se actualizan con la rapidez necesaria, lo cual plantea la duda de si son el mejor soporte para mantener al día a las y los profesionales.

3.2. Retos y recomendaciones

El desarrollo e implantación de la tecnología avanzada en la provisión de los servicios sociales ha progresado, pero de manera insuficiente, ya

que abundan pruebas piloto que luego no generan decisión de despliegue. No lo tienen fácil quienes están interesados en vender tanto la tecnología como los servicios, ni quienes la deben financiar o cofinanciar, ni quienes la podrían o necesitarían utilizar.

Así pues, se señalan varios retos, con sus correspondientes recomendaciones. Es preciso indicar que no están ordenados por prioridad en su abordaje:

- Poner el foco en el diseño y desarrollo de servicios con valor, que necesariamente estarán apoyados con tecnología —básica o avanzada, ‘dura’ o ‘blanda’—. Deben ser servicios que aporten aquellos elementos de valor para la calidad de vida de cada persona y en los que el medio —no el fin— será una tecnología dada. Por ejemplo, las oportunidades que surgen en la coordinación de los servicios sociales más extendidos, como son la teleasistencia y el SAD, y que pueden ser facilitadas con la tecnología ya disponible, una vez diseñado un protocolo de trabajo. En este sentido, es crítico el diseño colaborativo de los servicios con todas las personas que en ellos participan, pero está poco extendido.
- Formar a las personas profesionales de la atención directa en las tecnologías disponibles, puesto que son las principales prescriptoras y usuarias. Formar a las que están ya y a las que estarán en breve. Son las que valoran, orientan, acompañan y motivan, en caso de no ser usuarias, en el proceso de ‘apropiación’ de la tecnología. Es preciso incluir de manera sistemática en los planes formativos no sólo la informática a nivel de usuario, sino el estado de la cuestión en las tecnologías para el cuidado.
- Hibridar los conocimientos de distintas disciplinas. Aprovechar el conocimiento tanto de la Red Vasca de Ciencia y Tecnología como, especialmente, el de las y los profesionales del sector, para que tomen parte en los diseños de servicios y tecnología apropiada, tal como se propone en el punto anterior. Promover el perfil de profesional tecnólogo/a social, surgido del máster en Tecnología de Apoyo a la Autonomía Personal, como persona facilitadora del desarrollo e implantación de la tecnología en este contexto.
- Apoyarse en las capacidades de las tecnologías de consumo como manera de superar la necesaria limitación presupuestaria de las Administraciones. Priorizar todo aquello que pueda hacerse con un interfaz que ya podemos considerar doméstico, como es el móvil o la tableta.
- Seleccionar oportunamente los retos en los que el desarrollo tecnológico es más urgente. Acelerar el desarrollo tecnológico para facilitar los apoyos más intensivos en personas, como son los referidos al aseo, los traslados o a la

alimentación, que no son los aspectos que más interés concitan para el desarrollo tecnológico. Ello facilitaría la implantación de metodologías como la atención centrada en la persona o la gestión de casos, manteniendo puestos de trabajo.

- Medir la incidencia social de las inversiones en servicios que requieren de tecnología, para su despliegue definitivo o su abandono. Los múltiples pilotajes para el testeo de una tecnología dada no se traducen en una presencia de tecnología en niveles significativos, por lo que además de lo apropiado o no de la tecnología, debe preguntarse por sus efectos, de una manera suficientemente formal como para facilitar la toma de decisión de si se invierte o no para su despliegue.
- La tecnología y su uso cuestan dinero. A pesar de su abaratamiento, la conexión a internet o los soportes (tabletas, móviles) cuestan, y en este sentido, debemos tener muy presente que cualquier despliegue tecnológico en el ámbito de los servicios sociales debe atender a la casuística de quienes se encuentran en una situación de pobreza digital. Esta realidad surge con frecuencia en los pilotos y debe ser atendida si queremos evitar consecuencias sociales negativas. Es un espacio en el que se requiere, sin duda, de reflexión sobre modelos de propiedad y uso no tradicionales.
- La decisión política. ¿Qué puede lograr la Comunidad Autónoma Vasca, en términos de eficiencia, con un sistema de gestión integrado al mismo nivel que el de los servicios sanitarios? Es importante pensar en que los servicios sociales reciban una inversión pública suficiente en tecnología y formación, tal como, a modo de ejemplo, se ha hecho en los departamentos de Hacienda en todos los territorios históricos.

4. Agradecimientos

Por su disponibilidad y amabilidad, queremos agradecer a las personas que han dedicado tiempo a nutrir con sus experiencias esta reflexión:

- Marisa Ortigosa (Asociación de Familiares y Amigos de Personas con Alzheimer y Otras Demencias de Gipuzkoa, Afagi).
- Itziar Álvarez (Home Care Lab, Grupo Servicios Sociales Integrados).
- Marijose Larrea (Ayuntamiento Donostia-San Sebastián, Acción Social).
- Pablo García (Zorroaga Fundazioa).
- Arantza Hernandez y Edurne Erasquin (Formación Profesional de Arizmendi Ikastola).
- Merche González de Celis (Ayuntamiento de Ermua, Servicios Sociales).
- Alfredo Alday (Osatek-betiON).

Bibliografía

- ARARTEKO (2016): *La situación de los servicios sociales municipales en la Comunidad Autónoma de Euskadi. Situación actual y propuestas de mejora*, serie Informes Extraordinarios, Vitoria-Gasteiz, Ararteko [<http://biblioteca.ararteko.eus/Record/20987>].
- (2013): *E-inclusión y participación ciudadana en las esferas social y pública a través de las TIC en Euskadi*, serie Informes Extraordinarios, Vitoria-Gasteiz, Ararteko [<http://biblioteca.ararteko.eus/Record/6855>].
- ARCO, J. DEL; y SAN SEGUNDO, J. M. (coords.) (2011): *Los mayores ante las TIC. Accesibilidad y asequibilidad*, Madrid, Fundación Vodafone España [<http://www.fundacionvodafone.es/publicacion/los-mayores-ante-las-tic-accesibilidad-y-asequibilidad>].
- CARBALLEDA, M. (2008): “Tecnologías con sentido”, en FUNDACIÓN ONCE, *II Congreso Internacional sobre Domótica, Robótica y Teleasistencia para Todos*, Fundación ONCE, págs. 5-7 [<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/once-escaparate-01.pdf#page=8>].
- DEPARTAMENTO DE EMPLEO Y POLÍTICAS SOCIALES (2015): *Estudio sobre las condiciones de vida de las personas de 55 y más años en Euskadi 2014*, Vitoria-Gasteiz, Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco [http://www.ogasun.ejgv.euskadi.eus/r51-catpub/es/k75aWebPublicacionesWar/k75aObtenerPublicacionDigitalServlet?R01HNoPortal=true&N_LIBR=051705&N_EDIC=0001&C_IDIOM=es&FORMATO=.pdf].
- SERVICIO PÚBLICO DE EMPLEO ESTATAL (2015): *Programa formativo: la aplicación de las tecnologías de la información y de la comunicación en el servicio de ayuda a domicilio* [http://apps.lanbide.euskadi.net/descargas/egailancas/especialidades_inscritas/SSCG05EXP.pdf].
- REGATOS, R. M. (2008): “Domótica asistencial. Concepto y ejemplos”, en FUNDACIÓN ONCE, *II Congreso Internacional sobre Domótica, Robótica y Teleasistencia para Todos*, Fundación ONCE, págs. 29-38 [<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/once-escaparate-01.pdf#page=30>].

Zerbitzuan aldizkarirako originalak aurkezteko arauak

- *Zerbitzuan* aldizkarian gizarte-politikei eta zerbitzuei buruzko artikulua argitaratu ditzakete arloan diharduten profesional, ikerlari, erakundeen ordezkari eta gizarte-ongizateko politiketan interesa duten pertsona orok.
- Artikuluak argitaragabeak izango dira eta aldizkariaren ardatz diren oinarriko gaiei buruzkoak (gizarte-zerbitzuak eta gizarte-ongizateko politikak; gizartearen parte hartzea; immigrazioa, pobrezia eta gizarte-bazterketa; urritasuna; adineko, haur eta adingabeen arreta; droga-mendetasun eta gizartearen eskuartzea, oro har).
- Artikuluak idatz daitezke bai euskaraz bai gaztelaniaz, eta argitaratuko dira jatorrizko testua jasotzen den hizkuntzan.
- Artikuluak posta elektronikoz igorriko dira, testuak Word dokumentu batean; eta balizko grafikoak Excel dokumentu batean.
- Formaren ikuspegitik, kontuan hartu, arren, honako jarraibide hauek:
 - Artikulu bakoitzak izan beharko ditu gutxienez 6.000 hitz eta gehienez 15.000, eta hor zentratuko dira taulak, grafikoak eta bibliografia. Mesedez, ezinbesteko jotzen diren taulak eta grafikoak bakarrik igorri.
 - Lehenengo orrialdean jasoko dira artikulua titulua, egilearen edo egileen izenak, harremanerako helbide eta telefonoak, eta, baita ere, lankide gisa jardundako erakundea. Artikuluaren laburpena erantsi beharko zaio (gehienez 150 hitz), eta hautatuko dira testuaren edukia deskribatuko dituen bost giltza hitz.
 - Aipua edo oharrak joango dira orri-oinean.
 - Artikuluaren erreferentzia bibliografikoak jarraituko dute ISO 690/1987 Araua.
- Erredakzio Kontseiluko kideen iritzira jarriko dira artikulua jasotzen direnean, eta haiek erabakiko dute argitaratu edo ez kalitate zientifiko eta egokieraren arabera.
- Artikuluak argitaratzeko onartzen direnean, aldizkariaren zuzendaritzak beretzat gordeko du testuaren epigrafeak eta titulua aldatzeko eskubidea, baita aldizkariaren estilo-arauen arabera, komenigarri jotzen dituen estilo-zuzenketak egiteko ere.
- Egileek ez dute ordaindu behar euren artikulua ebaluatu edo argitaratzeagatik.

Honako hauek dira aldizkariaren helbide eta harremanerako telefonoak:

Zerbitzuan

SIIS Dokumentazio eta Ikerketa Zentrua

Etxague 10 behea

20003 Donostia

Tel. 943 42 36 56

Fax 943 29 30 07

publicaciones@siis.net

Normas de presentación de originales para *Zerbitzuan*

- *Zerbitzuan* está abierta a la publicación de artículos sobre servicios y políticas sociales por parte de profesionales, investigadores, representantes institucionales y de todas aquellas personas interesadas en las políticas de bienestar social.
- Todos los artículos deberán ser inéditos y girar en torno a los ejes temáticos básicos de la revista (servicios sociales y políticas de bienestar social, participación social, inmigración, pobreza y exclusión social, discapacidad, atención a las personas mayores, infancia y menores en situación de desprotección, drogodependencias e intervención social en general).
- Los artículos pueden redactarse tanto en euskera como en castellano, y serán publicados en el idioma en el que se reciba el original.
- Los artículos se enviarán por correo electrónico: los textos, en un documento de Word; y los gráficos, en uno de Excel.
- Desde el punto de vista formal, se ruega atenderse a las siguientes pautas:
 - La extensión del contenido de cada artículo será de entre 6.000 y 15.000 palabras, contando las posibles tablas, cuadros, gráficos y bibliografía. Se ruega adjuntar sólo las tablas y gráficos que se consideren imprescindibles.
 - En la primera página, se hará constar el título del artículo, el nombre del autor o autores, su dirección y teléfono de contacto, así como su adscripción institucional. Se añadirá también un breve resumen o sumario del artículo (máximo 150 palabras) y entre cuatro y seis palabras clave que describan el contenido del texto. El resumen y las palabras clave irán en castellano y euskera.
 - Las citas o notas irán a pie de página.
 - Las referencias bibliográficas de los artículos seguirán la Norma ISO 690/1987.
- Una vez recibidos, los artículos serán sometidos a la consideración de los miembros del Consejo de Redacción, que decidirán sobre su publicación de acuerdo a criterios de calidad científica y oportunidad editorial.
- Una vez aceptados los artículos para su publicación, la dirección de la revista se reserva el derecho de modificar el título y epígrafes de los textos, así como de realizar las correcciones de estilo que se estimen convenientes, de acuerdo con las normas de estilo de la revista.
- La revista no efectúa cargo alguno a los/as autores/as por evaluar ni publicar artículos.

La dirección y teléfono de contacto de la revista son los siguientes:

Zerbitzuan

SIIS Centro de Documentación y Estudios

General Etxague, 10 - bajo

20003 Donostia-San Sebastián

Tel. 943 42 36 56

Fax 943 29 30 07

publicaciones@siis.net

Organización de los servicios sociales municipales en las comunidades autónomas: cinco estudios de caso

Servicios de primaria y secundaria que comparten equipamiento. Experiencias en Gipuzkoa: posibilidades y dificultades

Medicamentos viejos para pacientes nuevos: el impacto de la crisis en los servicios sociales de la ciudad de Zaragoza desde la perspectiva de los trabajadores sociales

Avances, límites y retos en la garantía de derechos de la infancia en Cataluña. Una aproximación desde el ámbito municipal

Tendencias y buenas prácticas en la atención a la infancia en situación de riesgo social

Laguntzadun enpleguaren bidez autismo espektroaren nahastea duten pertsonen laneratzeari buruzko esperientzien azterketa

Sobre la desprotección social

Desarrollo e incorporación de tecnologías avanzadas en la prestación de servicios sociales



EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO

ENPLEGU ETA GIZARTE
POLITIKETAKO SAILA

DEPARTAMENTO DE EMPLEO
Y POLÍTICAS SOCIALES

Siis

Centro de Documentación y Estudios
Dokumentazio eta Ikerketa Zentroa

Fundación Eguía-Careaga Fundazioa