

Redes de servicios sociales: respuestas institucionales a los desafíos cambiantes de la protección social

Begoña Pérez Eransus

**División de Protección
Social y Salud**

**NOTA TÉCNICA N°
819**

Redes de servicios sociales: respuestas institucionales a los desafíos cambiantes de la protección social

Begoña Pérez Eransus

Mayo 2015

Catalogación en la fuente proporcionada por la
Biblioteca Felipe Herrera del
Banco Interamericano de Desarrollo
Pérez Eransus, Begoña.

Redes de servicios sociales: respuestas institucionales a los desafíos
cambiantes de la protección social / Begoña Pérez Eransus.

p. cm. — (Nota técnica del BID ; 819)

Incluye referencias bibliográficas.

1. Social policy. 2. Social service—Europe. 3. Social integration—Europe. I.
Banco Interamericano de Desarrollo. División de Protección Social y Salud. II.
Título. III. Serie.

IDB-TN-819

<http://www.iadb.org>

Copyright © 2015 Banco Interamericano de Desarrollo. Esta obra se encuentra sujeta a una licencia Creative Commons IGO 3.0 Reconocimiento-NoComercial-SinObrasDerivadas (CC-IGO 3.0 BY-NC-ND) (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/igo/legalcode>) y puede ser reproducida para cualquier uso no-comercial otorgando el reconocimiento respectivo al BID. No se permiten obras derivadas.

Cualquier disputa relacionada con el uso de las obras del BID que no pueda resolverse amistosamente se someterá a arbitraje de conformidad con las reglas de la CNUDMI (UNCITRAL). El uso del nombre del BID para cualquier fin distinto al reconocimiento respectivo y el uso del logotipo del BID, no están autorizados por esta licencia CC-IGO y requieren de un acuerdo de licencia adicional.

Note que el enlace URL incluye términos y condiciones adicionales de esta licencia.

Las opiniones expresadas en esta publicación son de los autores y no necesariamente reflejan el punto de vista del Banco Interamericano de Desarrollo, de su Directorio Ejecutivo ni de los países que representa.



scl-sph@iadb.org

www.iadb.org/ProteccionSocial

Redes de servicios sociales: respuestas institucionales a los desafíos cambiantes de la protección social

Begoña Pérez Eransus¹

Resumen

Todas las sociedades avanzadas cuentan con un modelo de provisión de servicios sociales. A diferencia de los servicios de salud o de educación existe una gran heterogeneidad en la configuración, el nivel de desarrollo, la cobertura y la eficacia de las redes de servicios sociales. Este documento presenta un panorama general de las redes de servicios sociales en el contexto europeo y presenta una selección de buenas prácticas. Entre los países analizados se incluyen Alemania, Dinamarca, España y Reino Unido.

La primera parte del documento se enfoca en definir los servicios sociales y se compone de dos secciones. La primera sección presenta una revisión crítica de las definiciones de servicios sociales mientras que la segunda caracteriza su ámbito de intervención. Una segunda parte del documento se enfoca en la situación actual de las redes de servicios sociales en Europa y está integrada por tres secciones. La primera enumera las características de los diferentes modelos de protección social en Europa. Posteriormente se define la situación de tres servicios sociales fundamentales, específicamente: servicios para menores y familias, atención a personas dependientes y servicios para promover inclusión social. En cada uno de estos casos se presenta al menos una buena práctica implementada en Europa. Finalmente, la última sección aborda la importancia que tienen los servicios sociales como generadores de empleo y crecimiento económico.

Clasificación JEL: I38, J44, N34, O15, O17

Palabras Clave: servicios sociales, protección social, inclusión social, política social, dependencia, modelos de bienestar, trabajo de casos, Europa.

¹ Begoña Pérez Eransus es Directora de la Cátedra Unesco de Ciudadanía, Convivencia y Pluralismo de la Universidad Pública de Navarra y recibe correspondencia electrónica en begonia.perez@unavarra.es. Este reporte fue preparado con fondos del Banco Interamericano de Desarrollo (BID). La autora ha vertido en este documento una parte de las reflexiones elaboradas en el contexto de diversas investigaciones, llevadas a cabo en su equipo de investigación de la Universidad Pública de Navarra formado junto con Manuel Aguilar, Miguel Laparra y Concepción Corera. Asimismo, agradece especialmente las contribuciones y el apoyo editorial de Pedro Cueva Rodríguez de la División de Protección Social y Salud del BID, así como los comentarios y sugerencias de Pablo Ibarrarán, Marco Stampini y Nadin Medellín. Tanto el contenido como los hallazgos de este documento reflejan la opinión de la autora y no las del BID, su Directorio ni los países que representan.

Índice

Parte I. La definición de los servicios sociales.....	3
1. Revisión crítica sobre las definiciones de servicios sociales. Retos y recomendaciones.....	3
1.1 Población objetivo de los servicios sociales, ¿para toda la población o para pobres?.....	4
1.2 El objeto de los servicios sociales: las necesidades humanas	8
1.3 Los distintos niveles de intervención de los servicios sociales	13
1.4 La responsabilidad en la promoción de los servicios sociales	15
2. Características de la intervención de los servicios sociales	19
2.1. El trabajo de casos como principio organizador de la atención de los servicios sociales	19
2.2 El trabajo social de grupos como complemento al trabajo de casos.....	22
2.3 La perspectiva comunitaria en el trabajo de casos	23
2.4 Un modelo de atención social especializada en el nivel primario	24
Parte II. Las redes sociales de servicios sociales en Europa.....	26
3. Los servicios sociales en Europa a partir de la descripción de los distintos modelos de protección social.....	26
3.1. El origen de los servicios sociales en Europa y la herencia de las formas de asistencia para pobres	26
3.2 Los distintos sistemas de servicios sociales presentes en Europa.....	27
3.3 Una aproximación comparada a los modelos de bienestar en Europa a modo de contextualización del análisis de los distintos sistemas de servicios sociales	29
3.4. Dos ejemplos de la incardinación de los servicios sociales en modelos distintos de bienestar social: Dinamarca y España.....	35
4. La situación de los servicios sociales en Europa ante los nuevos retos: atención a menores y familia, personas dependientes y exclusión social. Retos y lecciones aprendidas.....	44
4.1. Servicios sociales destinados a familia y menores	44
4.2 Servicios sociales destinados a personas dependientes.....	52
4.3. Servicios sociales destinados a promover la inclusión social.....	63
5. Los servicios sociales como generadores de empleo y crecimiento económico: la experiencia europea.....	77
Referencias bibliográficas	82
Glosario	85

Parte I. La definición de los servicios sociales

1. Revisión crítica sobre las definiciones de servicios sociales. Retos y recomendaciones

Todas las sociedades avanzadas, con diversos niveles de desarrollo social y regímenes políticos y económicos diferenciados, presentan distintas formas de provisión de servicios sociales destinados a las personas y familias con necesidades. Sin embargo, a diferencia de otras formas de protección relacionadas con la salud o la educación, en este ámbito existe una mayor heterogeneidad entre lo que en cada espacio se entiende por servicios sociales, así como en la configuración, nivel de desarrollo, cobertura y eficacia de estos.

Esta diversidad presente se convierte en el principal obstáculo para el estudio y la comparación internacional de este ámbito de protección que, sin embargo, es de creciente interés institucional por su protagonismo en las respuestas a los retos planteados por esta sociedad cambiante.

Existen numerosos intentos académicos e institucionales de búsqueda de una definición compartida de los servicios sociales. Apesar de ello, el valor de muchos de estos trabajos radica más en su capacidad para diagnosticar la diversidad y la distancia entre modelos más que en el establecimiento de una definición clara de los mismos. Las definiciones compartidas siguen manteniéndose ambiguas y poco clarificadoras.

La Comisión Europea desarrolló de forma consensuada en 2007 su definición de servicios sociales. Por tanto, se entienden como:

“servicios orientados a las personas, diseñados para responder a necesidades humanas vitales, en especial a las necesidades de los usuarios en situación vulnerable; ofrecen protección contra riesgos generales y específicos de la vida y ayudan frente a las dificultades o crisis personales; asimismo, se prestan a familias en un contexto de modelos familiares cambiantes, apoyan a su papel en el cuidado de los miembros de la familia de todas las edades, así como de las personas con discapacidad, y compensan posibles fallos en las familias; son instrumentos clave para la salvaguarda de los derechos humanos fundamentales y de la dignidad humana” (Comisión de las Comunidades Europeas, 2007, p. 7).²

La definición hace referencia a que son servicios prestados a las personas. De hecho, en muchos países se ha optado por el término de servicios sociales personales como una forma de diferenciarlos de otros servicios sectoriales (educativos, sanitarios, etc.). En los servicios sociales personales se identifica una relación profesional de ayuda que se manifiesta en el plano personal. A partir de aquí, podemos identificar en esta definición y en la mayor parte de las revisadas, cuatro cuestiones que no quedan suficientemente claras y que constituyen los mayores nudos de dificultad en el conocimiento de este ámbito de protección:

² Esta comunicación cristaliza el proceso de consulta a través de un cuestionario a países miembros.

- *La población objetivo o diana a la que van dirigidos.* Existe cierta ambigüedad al establecer que son servicios que responden a necesidades humanas vitales, pero en especial a las necesidades de la población vulnerable, a su vez dirigidos a apoyar a las familias en el cuidado de los miembros de todas las edades, a las personas con discapacidad, etc.
- *El objeto de los servicios.* La definición de servicios sociales incluye su respuesta a necesidades humanas vitales, ofrecer protección frente a riesgos generales y específicos. Sin embargo, no especifica cuáles y no establece la diferenciación del objeto de estos servicios respecto a otros, que también se ocupan de necesidades y riesgos vitales como la salud, la educación o la falta de ingresos.
- *Los niveles de intervención.* Es común a las definiciones de servicios sociales establecer objetivos de intervención en niveles muy distintos de responsabilidad. En este caso, se destaca el plano de la intervención individual y familiar, pero a su vez se habla de funciones de salvaguarda de derechos fundamentales y de la dignidad humana. Encontramos en muchas definiciones funciones relacionadas con la igualdad entre hombres y mujeres, la integración social y la mejora de las condiciones de vida de la población en general. En este sentido, los servicios sociales se plantean frecuentemente objetivos de intervención directa, pero también orientados al conjunto de la sociedad con objetivos preventivos o de mejora de la cohesión social.
- *Responsabilidad en el desarrollo de los servicios sociales.* Esta cuestión, un tanto controvertida, no suele aparecer mencionada en las definiciones de servicios sociales. La fuerte heterogeneidad de las redes de servicios sociales en las que conviven distintos mecanismos de protección, públicos (regionales, locales), privados lucrativos y no lucrativos da lugar a debates acerca de cuál es el modelo más adecuado y eficaz de provisión.

La propia amplitud de los objetivos, el hecho de que muchos de ellos sean compartidos con otros sistemas de protección, su vocación universalista compartida con el foco en los más pobres y los diversos niveles de intervención, además de su evolución y adaptación constante a las nuevas necesidades, explican la fuerte heterogeneidad existente en este ámbito de protección y la complejidad del estudio comparado.

A continuación se profundizará en cada uno de estos cuatro ejes de discusión vinculados a la definición de los servicios sociales tratando de identificar retos o recomendaciones que permiten la superación de la dificultad.

1.1 Población objetivo de los servicios sociales, ¿para toda la población o para pobres?

Es común a los sistemas de servicios sociales definir su acción a través del establecimiento de un listado de colectivos vulnerables con los que se interviene de manera prioritaria a fin de mejorar sus condiciones de vida. Estas definiciones, desde la aparición de las primeras formas de caridad humana, incluyen dos tipos de situaciones: las relacionadas con el apoyo en determinadas etapas del ciclo vital y las situaciones de pobreza y exclusión social.

En la actualidad los pactos sociales en Europa han respaldado un modelo de servicios sociales públicos de vocación universalista y, por tanto, destinado al conjunto de la población que se encuentra en cada etapa del ciclo vital (por ejemplo, adultos mayores o niños pequeños) o situación (por ejemplo, discapacidad o dependencia de sustancias), además de comprometerse a establecer mecanismos diferenciados necesarios para favorecer que la población más vulnerable también acceda a ellos.

Los servicios sociales tienen una trayectoria de atención basada en la priorización de colectivos específicos en función de su ciclo vital o su situación de necesidad. En términos generales podemos identificar tres ámbitos de intervención presentes en todos los modelos:

I. La protección de la infancia

Los servicios sociales asumen la protección de los menores abandonados o en situación de riesgo social, incluyendo el acogimiento de menores en instituciones, su manutención y educación. En los últimos tiempos el desarrollo de las redes sociales ha tendido al establecimiento de formas más normalizadoras y no institucionalizantes de protección de los menores como procesos de adopción, familias y hogares de acogida. Desde la extensión de los sistemas educativos de alcance universal, las instituciones de servicios sociales buscan la integración escolar y formativa de los menores vulnerables en los recursos normalizados. Además, en la medida que los sistemas escolares se hacen más o menos cargo de los procesos de abandono temprano y fracaso escolar, los servicios sociales incorporan dispositivos alternativos de formación profesional para menores excluidos. La atención de 0-3 años sigue vinculada en algunos países a la red de servicios sociales, y destinada a familias sin recursos. En los países más avanzados este nivel se ha desarrollado como un sector en sí mismo o vinculado al sistema educativo, y destinado al conjunto de la población. El esfuerzo ahora también se centra en establecer mecanismos de prevención comunitaria a través de programas de detección y trabajo social en las familias con problemas, coordinación con el sistema educativo para priorizar el mantenimiento en el sistema normalizado y desarrollo de tejido social de trabajo comunitario con menores y adolescentes.

II. La atención a los adultos mayores

Los servicios sociales también se han hecho cargo, desde su origen, de la atención de los adultos mayores que no pueden valerse por sí mismos y no cuentan con apoyo familiar. En este caso la fórmula más utilizada fue la del acogimiento residencial con funciones de manutención, asistencia médica y apoyo en las actividades de la vida diaria. En la medida que los sistemas sanitarios universales se han hecho cargo de la atención sanitaria de todos los adultos mayores y los sistemas de pensiones han conseguido superar las situaciones de pobreza asociadas a la vejez, los servicios sociales se van ubicando en funciones de promoción de la autonomía en la vida diaria. La tendencia reciente es la de favorecer la atención en la comunidad a través de servicios de atención domiciliaria, centros de atención diurna, residencias de estancias cortas y apoyo a la familia en los cuidados. Igualmente se ha puesto énfasis en la prevención a través de acciones destinadas a favorecer la actividad física, los hábitos de vida saludables y el tejido social en la edad adulta. El sector de atención a la dependencia constituye ya en muchos

países europeos un sistema de protección en sí mismo, más o menos vinculado con la red de servicios sociales, con distinto peso de prestaciones económicas y servicios y con diferente nivel de participación del sector mercantil o de copago por parte de los usuarios.

III. La atención a situaciones de exclusión

Los servicios sociales se encargan de la atención a personas con especiales dificultades de integración originadas por distintos motivos como la discapacidad, discriminación étnica, edad, delincuencia, consumos y otros. En líneas generales las acciones destinadas a mejorar las condiciones de vida de estos grupos de población suelen incluir (Munday, 2006):

- El eje de la protección económica orientado a facilitar la cobertura de las necesidades básicas mediante el acceso a rentas condicionadas o ayudas de emergencia.
- El eje de la inserción social y laboral donde el grado de heterogeneidad de programas y recursos es elevado. En él se integran la organización de grupos de autoayuda, acciones formativas, de ocio, programas de empleo protegido y talleres ocupacionales. En los últimos tiempos el esfuerzo parece orientarse hacia el trabajo individualizado de incorporación socio-laboral a través de equipos multidisciplinares que realizan itinerarios de inserción adaptados a los distintos niveles de empleabilidad y en los que aplican programas y recursos diferentes. Asimismo, en algunos países las políticas de activación laboral y protección económica del desempleo incluyen un esfuerzo estratégico por incorporar a los más excluidos, mientras que en otros esta responsabilidad sigue residiendo en los servicios sociales.
- El eje del alojamiento orientado a acoger de manera individual o colectiva a personas en situaciones de exclusión social. En este ámbito se incluyen, desde residencias y alojamientos destinados a personas sin hogar en procesos de deshabituación de sustancias, hasta formas de acceso a la vivienda individual destinada a población con bajos recursos mediante formas de ayuda al alquiler o compra. Al igual que sucedía en otros ámbitos, en la medida en que el sistema de vivienda público en algunos países está más desarrollado, esta función es compartida en responsabilidad con los servicios sociales.
- Por último, es frecuente encontrar vinculada al trabajo con la exclusión social desde servicios sociales la movilización de recursos comunitarios con finalidad integradora y preventiva. También aquí existe gran diversidad de acciones que van desde la prevención general, orientada al conjunto de la población, hasta programas muy específicos de integración comunitaria vinculada al trabajo de casos con colectivos en situación de exclusión social.

La aproximación conceptual a la acción de los servicios sociales basada en la definición de determinados colectivos puede devenir limitada a la hora de describir la función concreta de los mismos. Más aún, en aquellos espacios en los que se ha producido un desarrollo del resto de sistemas y por tanto la responsabilidad de algunas funciones ha sido asumida por ellos, o es compartida. En el caso de la infancia, si otros sistemas se hacen cargo de su salud y de su educación, ¿de qué se hacen cargo los servicios sociales? En relación con las personas excluidas, si el sistema de garantía de rentas se

hace cargo de favorecer la cobertura de las necesidades básicas y en ocasiones, aunque de forma más limitada, los sistemas de empleo han sido capaces de diseñar medidas de activación adaptadas a las características de esta población, ¿a qué se dedican en este caso los servicios sociales? Por este motivo puede resultar útil una perspectiva que trate de definir exactamente qué pueden hacer los servicios sociales que no realicen el resto de sistemas existentes desarrollados en cada contexto.

La vocación universalista de los servicios sociales ha aspirado a superar formas de asistencia del pasado de carácter limitado y estigmatizante, orientadas exclusivamente a la población más necesitada y de formas de provisión vinculadas a la contribución previa, es decir, reservadas para los asegurados y sus familias dejando fuera a personas no aseguradas.

No obstante, la situación real de los distintos sistemas de servicios sociales europeos respecto a este enfoque teórico universalista es muy diversa. Tal y como se analizará en el apartado de análisis comparado (capítulo 3), algunos modelos más avanzados del norte de Europa han alcanzado el mencionado equilibrio entre la universalidad de los servicios sociales y la focalización de determinados programas a la población más vulnerable, como (por ejemplo, cuidado de menores de 0-3 años, atención a personas dependientes o políticas de activación para desempleados). Sin embargo, la situación de la mayor parte de los países europeos es la de tratar de alcanzar el pretendido universalismo partiendo de distintos estadios de priorización de población con bajos recursos. En términos generales en la mayor parte de sistemas, aunque el acceso a funciones básicas de información y orientación de los servicios sociales es universal, buena parte de las prestaciones y servicios técnicos que estos gestionan están destinados únicamente a población con bajos ingresos.

En este caso el debate sobre la población diana no tiene tanto que ver con el plano ideológico, sino con otras cuestiones más prácticas como la financiación o la eficacia vinculada al sistema. Los servicios sociales de vocación universal han demostrado una eficacia mayor en términos de lucha contra la pobreza, exclusión y prevención de las desigualdades. Sin embargo, su coste es elevado e implica una fiscalidad elevada. Los sistemas muy focalizados en población vulnerable son más baratos pero su eficacia en términos de impacto en la desigualdad es menor.

La segunda cuestión controvertida en relación con la universalidad, es la de la eficacia en conseguir que la protección a la población en general sea compatible con el tratamiento prioritario y específico de los colectivos en situación de dificultad. Precisamente la experiencia de algunos países europeos muestra que, en un intento por superar la acción asistencial de los servicios sociales para pobres, los sistemas públicos se extienden a nivel local y de manera cercana a la ciudadanía desarrollando programas de información, orientación y prevención destinadas al conjunto de la población. El esfuerzo de la red relacionado con los programas generales ha generado cierta saturación de los recursos y ha dificultado el desarrollo de líneas de intervención prioritaria y específica con colectivos en situación de mayor desventaja social. Es el caso de España, pero también de otros países europeos.

Retos y recomendaciones en relación con la definición de la población diana de los servicios sociales y la cuestión de la universalidad de los servicios sociales

La experiencia de algunos países europeos muestra que el reconocimiento de derechos vinculados a determinadas situaciones del ciclo vital facilita el acceso universal de la población al sistema, independientemente de que aparezcan vinculadas a esos derechos pruebas de demostración de la necesidad económica, de dependencia o de exclusión social. La ausencia de reconocimiento de derechos ha dado lugar a redes de servicios heterogéneas que incluyen programas, servicios y prestaciones en distintos niveles (es decir, preventivo o paliativo), a veces destinadas al conjunto de la población, otras a determinados colectivos, pero que se desarrollan de manera discrecional en función de los recursos y la voluntad política de las administraciones. Por tanto, no constituyen formas de protección estables ni sujetas a las necesidades reales de la población, ni siempre garantizan el acceso a quienes más lo necesitan.

En este sentido, los servicios sociales deben avanzar en el propósito de ser servicios eficaces para toda la población, manteniendo una doble estrategia. Por un lado prestando servicios de carácter universal, aunque en algunos casos se puedan establecer distintas fórmulas de pago en función de la capacidad adquisitiva de los usuarios. Por el otro lado, estableciendo líneas de intervención especializada y prestaciones específicas para colectivos con necesidades especiales.

El establecimiento de carteras de prestaciones y servicios en las que se describe, tanto la naturaleza de la protección como la población diana o los mecanismos de financiación, ayuda a progresar en la garantía de los derechos vinculados a los servicios sociales.

1.2 El objeto de los servicios sociales: las necesidades humanas

Los servicios sociales se encargan de la protección de las necesidades humanas, pero este objeto es compartido con otros sistemas de protección social como el sistema sanitario, el sistema educativo o el sistema de pensiones. A partir de la observación se puede establecer como primera evidencia que existe una estrecha relación entre la configuración de las redes de servicios sociales y la del resto de sistemas de protección social en cada entorno.

Se hace precisa una clarificación de las funciones específicas para las que los servicios sociales tienen experiencia y cualificación profesional y que otros sistemas de protección social no realizan. En este sentido la experiencia de los países en los que el resto de sistemas está más avanzado muestra que los servicios sociales están cualificados para la realización de tres tipos de funciones que ningún otro sistema realiza (Aguilar, 2009):

- I. *Apoyo en las necesidades de la vida diaria de personas dependientes*
Hay personas que por motivos de envejecimiento, discapacidad o falta de salud mental no pueden realizar las actividades de la vida diaria sin apoyos. Ante estos casos los servicios sociales son capaces de organizar

y facilitar ese apoyo a través de un diagnóstico individualizado de su situación de dependencia, y mediante el cual se establece un plan de cuidados. En función del nivel de dependencia y la disponibilidad de recursos, el plan puede estar integrado de apoyo domiciliario, asistencia a centros de día, apoyo a cuidadores informales o, incluso, atención residencial.

II. Protección y tutela en situaciones de minoría de edad o falta de autonomía

Algunas personas no pueden tomar decisiones por sí mismos, ya sea por su edad o por su discapacidad mental. En dichos casos, los servicios sociales son capaces de responsabilizarse de la tutela de estos individuos cuando no cuentan con apoyo familiar, han sido abandonados o su familia es negligente en el cuidado. Ante tales situaciones se hacen cargo de la subsistencia, protección e incorporación social de estas personas hasta que sean capaces para tomar decisiones por sí mismas o, en el caso de determinadas discapacidades, hacerlo de manera permanente.

III. Favorecer la integración social

La mayor parte de los individuos son capaces de mantener un nivel de integración social a través de su trabajo, familia y red social. Hay personas que tienen barreras especiales para la integración por su discapacidad, falta de cualificación o capacidades, porque son sujetos de discriminación, relación con las drogas o el alcohol. Los servicios sociales saben adaptar apoyos de manera individualizada con el fin de favorecer la integración social de estas personas. En ellos se utilizan recursos de carácter económico, formativo, terapéutico, ocupacional o laboral, y sobre todo fuertes dosis de acompañamiento personal.

Los servicios sociales también cumplen con la función de diseminar información y orientar a la ciudadanía sobre el conjunto de prestaciones y servicios públicos, incluso los que son ofrecidos por otros sistemas. Si bien esta función no es exclusiva de los servicios sociales, puesto que realizan estas actividades de manera subsidiaria y vinculada al resto de los sistemas de protección, por su cercanía al territorio y porque tienen el potencial de detectar la necesidad de acciones preventivas.

El desempeño de esta función por parte de las redes de servicios sociales ha sido objeto de controversia, sobre todo en aquellas cuestiones en las que los escasos recursos disponibles en dichas redes hayan estado casi exclusivamente dedicados a esta función de información, orientación y acceso a prestaciones propios y de otros sistemas, de tal modo que no se han desarrollado adecuadamente las otras tres funciones descritas de carácter más especializado. Sin embargo, las limitaciones en desarrollar la atención especializada no invalidan que la función de puerta de acceso siga siendo defendida por su potencial de detección, acogida y prevención.

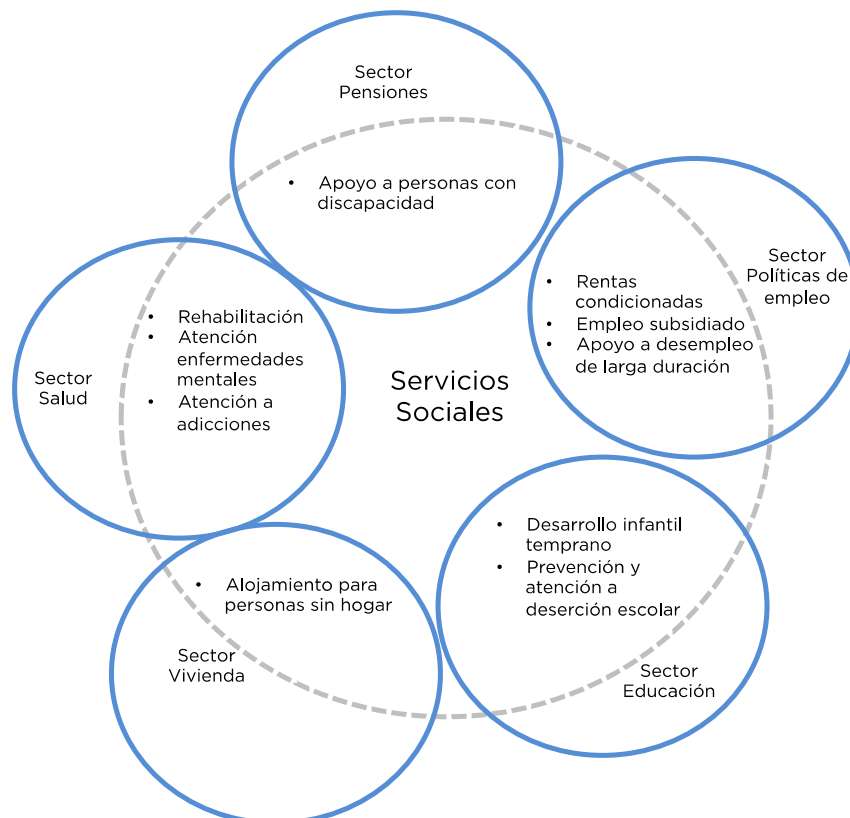
Cuando la protección de otros sistemas es inexistente o limitada, los servicios sociales asumen el conjunto de necesidades básicas de los colectivos vulnerables y centran su acción en la búsqueda de recursos para la subsistencia básica, alimentación, atención sanitaria, educativa o el alojamiento de los mismos. A medida que el resto de sistemas avanza en la

cobertura de las necesidades del conjunto de la población, los servicios sociales se especializan en la función de apoyo profesional relacional.

Como evidencia de ello, encontramos en la historia de los servicios sociales europeos programas de atención que asumían la cobertura de la totalidad de las necesidades de determinados colectivos como los adultos mayores pobres y sin protección familiar, los menores desprotegidos o las personas sin hogar. Es decir, centros o programas que asumían el alojamiento, la atención sanitaria, la manutención o la educación e inserción laboral de estas personas. Por ello, en el origen de muchos sistemas los servicios sociales constituían una red de servicios para “pobres” sin protección familiar. Sin embargo, en muchos países los sistemas sanitario, educativo, las políticas de empleo o las pensiones de jubilación y discapacidad fueron universalizando su acción y dando respuesta al conjunto de la población, incluida la de bajos recursos.

Por ello los servicios sociales destinados a menores, adultos mayores o colectivos sin hogar, han orientado su acción hacia el apoyo social profesional o la incorporación socio-laboral, funciones no asumidas por el resto de sistemas. Por este motivo el sistema de servicios sociales suele estar integrado por acciones sociales pre-existentes al resto de sistemas de protección y han ido configurando su acción en función del alcance del resto. De este modo se podría afirmar que se observa su carácter subsidiario en relación con el resto de los ámbitos de la protección social.

Ilustración 1. Los límites de los servicios sociales. Relación con el resto de sistemas



Fuente: elaboración propia.

Actualmente en Europa se habla de que los servicios sociales configuran un sexto sistema de protección, junto con el sistema sanitario, educativo, de garantía de ingresos, políticas de formación y activación para el empleo y de vivienda; todos ellos dan cobertura a necesidades básicas. Entendiendo sistema como un conjunto ordenado y articulado de dispositivos orientados a dar protección a un tipo determinado de necesidades. Si no existe dicha ordenación o articulación originada a nivel institucional, es más preciso hablar de sector de los servicios sociales o, como se verá más adelante, de redes de servicios sociales.

Los servicios sociales actúan en los límites del resto de sistemas. Los seguros sociales en muchos países europeos incluyen prestaciones de desempleo para las personas que han cotizado previamente y además tienen duración limitada. Sin embargo, en las crisis de larga duración se encuentra que, a las personas que nunca cotizaron, se unen quienes han agotado las prestaciones del seguro de duración limitada. En este caso, los servicios sociales a través de prestaciones asistenciales y de emergencia constituyen la última red de cobertura de las necesidades básicas de aquellos desempleados cuando la red de garantía de ingresos se agota. Igualmente, los servicios sociales se hacen cargo de aquellas situaciones que no cubre bien el sistema sanitario: es el caso de la salud mental cuando no es detectada o tratada, o el educativo en caso de menores que abandonan o fracasan en edad de escolaridad obligatoria. Por último, también los servicios sociales suelen hacerse cargo de las personas que más tiempo llevan en desempleo y tienen bajos niveles de empleabilidad cuando los servicios de empleo no logran facilitar su inserción.

Retos y recomendaciones en relación con la definición del objeto de los servicios sociales y la coordinación con el resto de sistemas de protección social

Podemos avanzar en la precisión de la definición de los servicios sociales, estableciendo que estos sistemas se hacen cargo del conjunto de las necesidades más básicas de la población vulnerable cuando no lo hace el resto de sistemas de protección, sanitario, educativo, garantía de ingresos, vivienda, o programas de empleo. Los servicios sociales también asumen la protección de las necesidades mal protegidas por el resto de sistemas.

De este modo, los servicios sociales tienen una importante labor en la detección de las necesidades no cubiertas, de las disfunciones o limitaciones del resto de sistemas de protección. En definitiva, su posición privilegiada en el territorio y cercana a las necesidades de la población les permite ejercer una función de diseño de propuestas de mejora, coordinación y avance del conjunto de sistemas de protección.

Igualmente, los servicios sociales, quizás por haber asumido históricamente la atención a las personas en mayor dificultad, tienen experiencia y son capaces de articular la intervención en diferentes áreas. Cuando la población excluida no accede a la protección del resto de sistemas los servicios sociales acompañan a las personas vulnerables en el acceso a otros sistemas (sanitario, educativo, pensiones, empleo) o buscar formas alternativas de protección de las necesidades.

Los servicios sociales trabajan de una manera integral la globalidad de las necesidades y capacidades de cada familia o individuo. Precisamente la multidimensionalidad que caracteriza a las situaciones más vulnerables requiere de tratamientos integrales que contemplen apoyos en distintos ámbitos de la vida de las personas: su protección económica, salud, participación social y laboral, etc.

Los sistemas de protección públicos han tendido a organizar su atención en torno a tipos diferenciados de necesidades que requieren distintas especializaciones profesionales y recursos (sanidad, educación, ingresos). Esta organización en sistemas obedece más a las necesidades institucionales de organización y especialización profesional que a una realidad social fragmentada dentro de cada hogar. Se podría decir que en las familias se produce una interrelación intensa, y a menudo perversa, de las distintas necesidades. La ausencia de ingresos influye en la alimentación, salud física y mental de sus miembros, su rendimiento educativo o su inserción laboral. O viceversa, la falta de salud o salud mental puede incidir en la inserción laboral y ocasionar falta de ingresos. Los sistemas sanitarios suelen atender las enfermedades pero no los condicionantes sociales de la enfermedad, ni tampoco sus consecuencias sociales. Los sistemas de educación buscan la cualificación de los menores independientemente de si las condiciones socioeconómicas o el apoyo familiar refuerzan o dificultan el proceso. Las medidas de activación laboral diseñadas desde los servicios de empleo, no siempre tienen en cuenta las características de la población más alejada del mercado laboral.

Cuando la trayectoria de intervención individual permite identificar situaciones intensas de necesidad los servicios sociales actúan como promotores de acciones coordinadas de intervención con otros sistemas:

- La coordinación socio-sanitaria puede ser adecuada para mejorar la atención temprana de determinadas afecciones en grupos que no acceden a programas sanitarios y sí son detectados por servicios sociales. Esta coordinación también es adecuada en el diagnóstico y organización de la atención de personas dependientes en las que la atención sanitaria y el control de la medicación pueden ser integradas en los planes de cuidados domiciliarios. Por último, en el caso de pacientes con problemas de salud mental, la coordinación con servicios sociales ha favorecido la desinstitucionalización y el tratamiento comunitario de estas situaciones mediante tratamiento ambulatorio de la enfermedad, apoyo a los cuidadores familiares y procesos de integración de las personas afectadas con el fin de mejorar su situación mental y social.
- La coordinación socio-educativa tiene unos resultados muy valiosos en el tratamiento integrado de los problemas de familias con hijos con rendimiento educativo deficiente. Esta colaboración tiene fuertes efectos preventivos al permitir detectar situaciones en la escuela y favorecer transformaciones familiares que mejoren la situación. A través de protección económica, la mediación familiar, el apoyo informal en las tareas, o la integración de los menores y jóvenes en redes sociales en colaboración con la escuela.

- La coordinación entre servicios sociales y los dispositivos intermediación o formación para el empleo. En este caso, la colaboración conjunta en la búsqueda de salidas formativas o laborales específicas adaptadas a los distintos niveles de empleabilidad, formación, disponibilidad etc. mejora sustancialmente los procesos de incorporación laboral de personas en situación de exclusión.

Cualquiera de estas formas de coordinación depende, en primera instancia, de la doble disponibilidad y voluntad por avanzar en la mejora de la protección de los colectivos más vulnerables. A su vez la experiencia muestra que su desarrollo depende de un proceso de clarificación y definición de las funciones que cada uno de los ámbitos es capaz de desarrollar.

En ocasiones existen dudas acerca de dónde ubicar unos programas u otros (en términos de sistemas o en relación con niveles de administración local, regional). Aunque no existe una respuesta sencilla sí es importante destacar que el éxito depende, no tanto de dónde provenga la financiación o en qué organigrama se ubique, sino de si existe una buena coordinación basada en la suma de esfuerzos y especialidades de distintos profesionales de lo social, educativo, sanitario o laboral. En este sentido, por las características de las necesidades tratadas, tanto los sistemas sanitario como el educativo, o de empleo, han definido de manera más clara el objeto de su acción, el tipo de atención, su catálogo de prestaciones y o las cualificaciones requeridas por sus profesionales.

Los servicios sociales tienen pendiente hacer un esfuerzo por trasladar una definición más específica del objeto de su intervención y de sus capacidades y especialidades profesionales.

1.3 Los distintos niveles de intervención de los servicios sociales

Es común a las definiciones de servicios sociales el establecimiento de objetivos y responsabilidades en muy diversos niveles de intervención. Tal y como veíamos al comienzo de este capítulo, en las definiciones encontramos objetivos relacionados con el espacio micro de intervención con personas y familias en situaciones de dificultad, pero también objetivos macro relacionados con la igualdad entre hombres y mujeres, la salvaguarda de derechos fundamentales o el mantenimiento de la cohesión social. En la práctica esta diversidad de objetivos y niveles se traduce, de nuevo, en una intensa diversidad de acciones asumidas y en una gran dificultad para medir los rendimientos y la eficacia de un sistema con objetivos múltiples y en algunos casos tan ambiciosos.

Aunque los términos pueden variar en la literatura o documentación podríamos diferenciar entre acciones orientadas a la mejora de la integración social, políticas de inclusión social y trabajo específico de inserción.

Con el término de integración, las ciencias sociales hacen referencia al nivel de cohesión social de una sociedad. Es decir una sociedad integrada sería aquella que presentara escasas diferenciaciones entre sus miembros, por tanto bajos niveles de exclusión social. La persecución de la igualdad y el bienestar social puede venir del diseño de políticas relacionadas con el

mercado laboral, la orientación redistributiva de los impuestos o la acción de varios sistemas de protección social: pensiones, educación, salud, vivienda y también servicios sociales.

Bajo el término inclusión, instituciones como la Unión Europea han denominado aquellas estrategias orientadas a erradicar la pobreza y la exclusión. Se incluyen acciones que deben ser desarrolladas desde el mercado laboral y los sistemas de protección para incluir a aquellas personas o colectivos que quedan al margen. De este modo, se habla de políticas, mercados, y programas inclusivos, aunque incluyen acciones muy diversas (y con variado impacto). En el mercado laboral existen reformas tendentes a flexibilizar determinadas formas de contratación, subvenciones para formación, mejora de las rentas condicionadas, formas de empleo subvencionado y otras; en salud, mejora de la accesibilidad; en educación programas y contenidos que garanticen el buen rendimiento del conjunto del alumnado.

Por último, el término inserción hace referencia a “los procesos específicos mediante los cuales se va construyendo un determinado lugar en la comunidad a una persona o a pequeños grupos que se encuentran en situación de pobreza o exclusión a través de dotarles de capacidades para enfrentarse a su entorno y adquirir autonomía personal” (Aguilar et al. 1995).

Como puede verse, la diferenciación de niveles es trascendente. Las políticas de integración pretenden la reducción de las diferencias sociales (de género, clase, discapacidad, etnia) a través de políticas de la regulación de los mercados, la extensión de los sistemas de protección o la garantía de derechos; las políticas de inclusión están orientadas a favorecer el acceso de personas y familias en situación de pobreza o exclusión al mercado laboral o a los sistemas de protección existentes mediante la adaptación de estos a las circunstancias específicas de la población excluida; y el tercer nivel, el de la inserción entraña un trabajo directo profesional con personas que han sido excluidos de esa sociedad “no integradora” y de los sistemas “no inclusivos” para favorecer una mejora de sus condiciones de vida y su autonomía.

Los servicios sociales suelen plantearse objetivos en los tres niveles. En ocasiones plantean programas de promoción de la integración social y prevención mediante la creación de tejido social y el fomento de la solidaridad, campañas de información y sensibilización comunitaria, recogida de información y denuncia de las situaciones de pobreza y exclusión no atendidas. También suelen asumir la promoción de acciones de coordinación relacionadas con distintos ámbitos como vivienda, educación, salud, empleo en las que proporcionan información sobre las características y necesidades de la población vulnerable y proponen cómo mejorar el potencial inclusivo del resto de sistemas. Aunque de manera central en su acción, diseñan y gestionan programas específicos de trabajo directo con personas en situación de dificultad con el fin de favorecer la mejora de sus condiciones de vida y mejorar su nivel de autonomía.

A pesar de la importante labor que realizan las redes de servicios sociales está claro que su acción presenta limitaciones importantes para asumir en solitario los objetivos de integración y mejora de la capacidad de inclusión social del resto de sistemas. Sin embargo, en ocasiones la falta de estrategias

coordinadas de lucha contra la pobreza y la exclusión y el establecimiento de responsabilidad explícita de otros ámbitos, hace que, en última instancia sean los servicios sociales quienes asumen en solitario retos de carácter inalcanzable.

Retos y recomendaciones en relación con la cuestión de los distintos niveles de intervención de los servicios sociales

En el esfuerzo de mejorar la conceptualización de los servicios sociales convendría aclarar las diferencias entre los distintos niveles de acción, integración, inclusión e inserción, y sobre todo la responsabilidad específica de los servicios sociales en cada uno de ellos. Igualmente sería importante definir si esta responsabilidad es compartida con otros sistemas, los mecanismos de coordinación necesarios entre instituciones y profesionales para favorecer la eficacia de la intervención.

En el nivel de acción de la inserción de trabajo con personas y familias en el que los servicios sociales tienen la experiencia y cualificación necesaria sería preciso avanzar en la definición conjunta de prestaciones y servicios específicos, metodologías de trabajo e indicadores que permitan medir y evaluar la acción de los servicios sociales en este ámbito.

1.4 La responsabilidad en la promoción de los servicios sociales

Las redes de servicios sociales están configuradas por servicios, prestaciones económicas y regulaciones de distinta titularidad, pública (nivel regional, local), privada y no lucrativa, y de muy distinto recorrido histórico. De este modo conviven en las redes de servicios, centros de atención de reciente creación con instituciones caritativas con siglos de existencia.

Podría decirse que forma parte de la esencia de las redes de servicios sociales la convivencia en ellas de distintos proveedores. Esta provisión mixta de actores de muy diversas formas de financiación, funcionamiento e interés constituye otro de los núcleos de complejidad y debate en relación con la conceptualización de los servicios sociales.

En términos generales los sistemas de servicios sociales modernos, liderados por el sector público, han tratado de establecer cierta ordenación legal e institucional integrando a los proveedores de las redes de servicios sociales en estructuras organizadas, bien por criterios territoriales (diferenciando servicios locales-regionales), por criterios de especialización (servicios de atención primaria y servicios especializados), o por grupos específicos de población atendida (servicios a dependientes, a menores y familia, inclusión, discapacidad, etc.). A menudo estos criterios se solapan configurando complejos mapas de servicios de distinta naturaleza y cobertura.

El sector no lucrativo cuenta con protagonismo especial dentro de la provisión de servicios a colectivos con necesidades específicas. La acción de las entidades modernas, algunas pre-existentes a las propias redes de servicios sociales, presenta potencialidades importantes. En primer lugar su propia naturaleza no lucrativa, ya que surgen con el único objetivo de dar

solución a una problemática social determinada. Por otro lado, el trabajo en un ámbito concreto de atención y con un número abaricable de usuarios/as les ha permitido la especialización, bien por colectivos de población, bien por funciones específicas de integración que favorece la adaptación de los recursos e intervenciones a las características culturales o sociales de la población usuaria.

El día a día de la intervención especializada y del contacto con las necesidades específicas de sus colectivos les lleva a innovar en el diseño de recursos de incorporación socio-laboral y ser ágiles en las respuestas. De este modo, muchas iniciativas sociales que han dado un paso más allá de la mera organización de grupos de autoayuda y reivindicación y se han convertido en centros de servicios, cooperativas sociales, centros ocupacionales, centros de inserción, o empresas sociales. Además, las entidades sociales favorecen la participación social de la población, ya que la propia naturaleza del hecho asociativo y de la constitución del tejido social hace que estas entidades sean en sí mismas, incluso independientemente de su acción, un vínculo de integración social.

Sin embargo, también es preciso valorar la existencia de ciertas limitaciones propias del sector que suscitan cuestionamientos de relevancia para el debate: la heterogeneidad del sector supone una dificultad para asegurar uniformidad en los criterios de cobertura y la calidad en la protección. La propia inestabilidad económica de muchas entidades (fruto del carácter de subvención anual de su financiación) y los escasos medios económicos y profesionales con los que cuentan, tampoco hace que sus servicios y programas puedan garantizarse de manera estable y generalizable a toda la demanda que reciben.

También se observa de manera creciente en las redes de servicios sociales la presencia de entidades mercantiles que participan de manera espontánea o fruto de procesos de descentralización de servicios públicos, bajo argumentos de mejora de la atención y reducción del gasto público. Esta tendencia a la privatización de servicios públicos es común al sistema educativo, sanitario y de manera creciente en los servicios sociales a los adultos mayores.

Ante este proceso han surgido algunas advertencias que alertan de las posibles consecuencias negativas. En algunos ámbitos de protección, como es el caso de los servicios sociales, existen determinadas circunstancias especiales que hacen que la lógica de introducción del mercado no deba equipararse a cualquier otro ámbito de la economía, ya que las condiciones de acceso a estos servicios de la población usuaria son especiales. En este ámbito las personas beneficiarias se encuentran en situación de desventaja social debido a deficiencias en su salud, capacidad mental, situación familiar, personal, escasa o nula capacidad adquisitiva y otras problemáticas que disminuyen su capacidad de financiación, elección y valoración de los servicios que reciben.

Dada la existencia de necesidades en los colectivos vulnerables, los servicios sociales están a menudo caracterizados por relaciones asimétricas entre proveedores y beneficiarios, en términos de medios económicos, poder, autonomía, capacidades y otros. Por este motivo los servicios se orientan

generalmente por el principio de solidaridad, siendo normalmente muy dependientes de la financiación pública con el fin de garantizar la igualdad de acceso independientemente de su nivel de ingresos o bienestar (Comisión Europea, 2008).

A diferencia de los sistemas de pensiones, educativos o sanitarios los servicios sociales mantienen una estructura de responsabilidades y financiación que cuenta con gran protagonismo de las instituciones regionales y locales. Este hecho viene justificado por la propia historia del origen municipal de la beneficencia, pero también reforzado por una concepción moderna de estos servicios que defiende que el apoyo social a las personas con necesidades específicas debe producirse en la comunidad manteniendo y utilizando como recurso las redes sociales más próximas. Igualmente se ha perseguido la adaptación de los servicios a las características sociales de cada territorio (necesidades, recursos). Por último, y con vocación preventiva, la responsabilidad local en la provisión de servicios sociales permite la implicación del tejido local (empresarial, político y social) en la búsqueda de soluciones de integración cercanas a las situaciones de vulnerabilidad.

Ilustración 2. Estructura de un modelo de servicios sociales basado en una atención primaria de puerta de acceso y atenciones especializadas basadas en situaciones específicas de necesidad



Fuente: elaboración propia.

Sin embargo, este protagonismo de la gestión local también conlleva ciertas dificultades. En primer lugar, desde un punto de vista investigador complejiza la disponibilidad y comparabilidad de los datos referidos a servicios sociales. Por otro lado, en algunos territorios la falta de mecanismos de compensación económica de los distintos niveles de desarrollo económico ha dado lugar a mapas muy diferenciados de servicios que garantizan el acceso igualitario de la población a los mismos.

A esta desigualdad también contribuye el hecho de que buena parte de la acción de los servicios sociales sea concertada con el sector no lucrativo, también de desigual desarrollo en el territorio. En términos generales se observa un mayor tejido social en núcleos urbanos más grandes y con mayor apoyo y financiación pública. Las redes de servicios sociales en Europa han tratado de garantizar la presencia en todo el territorio de los servicios

sociales de atención e información a toda la ciudadanía que facilitan el acceso al conjunto de prestaciones y servicios sociales de otras administraciones y escalas territoriales más amplias (regionales o estatales). De este modo, se busca la garantía de accesibilidad con la racionalidad o economías de escala en la provisión de servicios más especializados.

En cada modelo las redes primarias comparten la división territorial, e incluso el espacio físico con la red de atención primaria sanitaria o las oficinas de seguridad social.

Los ratios de centros o profesionales por número de habitantes son de elevada diversidad a nivel, no sólo nacional, sino que también regional y local. Son escasos los países que establecen a nivel nacional una normativa al respecto. Sin embargo, aquellos que han establecido el reconocimiento de derechos vinculados a determinados momentos del ciclo vital (0-3 años o atención a las personas dependientes) sí han aprobado normativas a nivel nacional que obligan a los municipios a hacer accesibles dichos servicios y centros al conjunto de la ciudadanía (mediante fórmulas de cofinanciación regional-municipal, convenios de colaboración entre varios municipios, etc)³.

Retos y recomendaciones en relación con la cuestión de la responsabilidad en la promoción de los servicios sociales

Se concluye la importancia de garantizar el liderazgo del sector público en la financiación y regulación del sistema de servicios sociales. Cualquier proceso de responsabilidad mixta en la gestión no debiera suponer una desvinculación del sector público ni de la responsabilidad de planificación y financiación, ni de la regularización sobre la calidad de los mismos. En última instancia ninguna forma de provisión mixta debiera poner peligro la seguridad en la cobertura de los sectores más desfavorecidos de nuestra sociedad. El sector público tiene como función irrenunciable la captación y redistribución de los recursos y la de favorecer la integración de los sectores desfavorecidos.

Es preciso combinar el objetivo de garantizar redes homogéneas de servicios sociales que favorezcan un acceso igualitario a los servicios del conjunto de la población de un territorio con la necesidad de que dichas redes se adapten a las necesidades, oportunidades y tejido social del mismo.

³ En el caso de España, en el ámbito nacional tan sólo existe un Plan Concertado de Servicios Sociales que establece el ratio en 1 centro de servicios sociales de base (también denominado de atención primaria) por cada 10.000 habitantes. Los ratios del resto de servicios quedan regulados por cada región y en algunos casos a nivel municipal.

2. Características de la intervención de los servicios sociales⁴

2.1 El trabajo de casos como principio organizador de la atención de los servicios sociales

Lo que define la acción de los servicios sociales es la intervención profesional basada en una relación de ayuda individualizada. Con el fin de dar cobertura a las situaciones de dificultad, es preciso comenzar por cubrir las más básicas de las necesidades de alojamiento, manutención y protección, y para ello se utilizan diversos recursos y prestaciones. Sin embargo, el eje central de la acción de los servicios sociales lo constituye la relación profesional de ayuda y transformación de la situación de dificultad cuyo fin último es el de favorecer el desarrollo y la autonomía de las personas.

Esta acción es desempeñada por equipos profesionales de distinta cualificación, en la que suelen estar presentes trabajadores sociales, educadores, mediadores familiares, terapeutas y psicólogos. En el marco de esta relación profesional de ayuda se utilizan prestaciones económicas, servicios de acogida, alojamiento, atención domiciliaria, educación social y familiar o activación laboral. Sin embargo el núcleo de la atención la constituye el apoyo profesional.

La intervención de ayuda en situaciones de necesidad vinculadas con la dependencia de los adultos mayores, la desprotección de los menores o la exclusión es más eficaz si se adecua a la especificidad de cada caso. La peculiaridad de las situaciones sociales requiere diagnósticos e intervenciones individualizadas y adaptadas a cada realidad, lo que a menudo se ha denominado como trabajo de casos.

El trabajo de casos se entiende como la unificación de las responsabilidades sobre cada asunto en un mismo profesional o equipo, responsable de la gestión del mismo y de la coordinación de las respuestas diversas que deban ofrecerse. Ello implica una continuidad temporal y una asignación importante de capacidades de decisión (y las correspondientes responsabilidades) al profesional o al equipo encargado de la gestión del caso. Se trata en definitiva de crear una relación de referencia entre el caso (persona o familia) y el profesional o equipo que se encarga de su gestión.

Forman parte del trabajo de casos la realización de una acogida efectiva, la elaboración de diagnósticos individualizados, la articulación de la intervención en base a compromisos mutuos y sobre todo en los casos de mayor dificultad o la vertebración de la intervención en torno a la labor de acompañamiento social.

Se entiende por proceso de acogida al que va desde el primer contacto (en general, la recepción y recogida de la primera demanda) hasta el establecimiento de una relación estable de intervención. Este proceso requiere de tiempos, espacios y formas de comunicación que hagan posible el asentamiento de esa relación. Estos son los objetivos principales de dicho

⁴ Elaborado a partir de Gobierno de Navarra. Departamento de Bienestar Social, Deporte y Juventud (2001). *Documento base para un Plan de Atención Comunitaria de Servicios Sociales*

proceso: ofrecer una primera respuesta a la demanda, bien satisfaciendo una necesidad urgente, bien haciendo ver a la persona usuaria que su problema va a ser considerado como se merece; crear un clima de confianza que permita que emerjan los problemas y necesidades que se hallen detrás de la demanda expresada inicialmente; establecer un primer diagnóstico del caso; crear una relación de referencia, es decir, una relación entre profesional y persona usuaria que pueda convertirse en el eje de una intervención continuada a medio plazo.

En determinados casos hay necesidades puntuales que se resuelven en este proceso de acogida, a través de intervenciones de información y orientación a otros recursos o facilitando el acceso a prestaciones o servicios. No obstante, este proceso de acogida sirve para detectar casos en los que son necesarios procesos de trabajo de casos más intensos.

El diagnóstico no consiste exclusivamente en un listado de las necesidades no cubiertas, incluye además una referencia a las capacidades, es decir, los recursos de la familia sobre los que apoyar el proceso. También forman parte de él una valoración crítica y el establecimiento de un consenso entre profesional y la persona o familia sobre la situación y las posibilidades de mejora. Este proceso incluye tener en cuenta los deseos y las prioridades de los usuarios, pero también una labor profesional que ponga en evidencia los errores de percepción o de estrategia vital en los que se encuentre la persona atendida.

A raíz del diagnóstico se configura un modelo de intervención continuada en el tiempo, que vaya más allá del acceso a prestaciones puntuales y que incluya un proceso de trabajo planificado y conjunto por la mejora de la situación. Esto implica referencias temporales de contacto y revisión, así como el requerimiento del acuerdo y la implicación de las personas involucradas, tanto en el diagnóstico establecido como en las acciones y plazos del plan.

Cuadro 1. Función del diagnóstico en cada ámbito de actuación de los servicios sociales

ATENCIÓN A MENORES Y ADOLESCENTES	ATENCIÓN A PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES	INCORPORACIÓN SOCIAL A PERSONAS EXCLUIDAS
-Valorar la situación de desprotección del menor -Conocer las causas que influyen en dicha situación -Valorar las posibilidades de apoyo al contexto social en el que se encuentra el menor -Identificar los procesos de cambio precisos	-Valorar la situación de dependencia teniendo en cuenta el grado de autovalimiento para las actividades de la vida diaria -Conocer las causas físicas, sociales que influyen en el grado de dependencia -Valorar las posibilidades de apoyo familiar, los recursos del entorno y las preferencias de cuidado	-Valorar la situación de exclusión social en todas sus dimensiones identificando las necesidades más urgentes -Identificar capacidades y potencialidades para la integración social, recursos, apoyos, etc.

Fuente: elaboración propia a partir de Gobierno de Navarra. Departamento de Bienestar Social, Deporte y Juventud (2001). *Documento base para un Plan de Atención Comunitaria de Servicios Sociales*.

Dentro de los planes de intervención destinados a situaciones más intensas de dificultad resulta clave la función desempeñada por los servicios sociales de acompañamiento social.

El acompañamiento social es un trabajo de relación personal continuada, relativamente duradera, de comprender a las personas para contribuir a que ellas mismas entiendan y empiecen a dominar su situación y las claves de sus dificultades; de apoyo para activar y movilizar recursos, capacidades, potencialidades de las personas y de su entorno.

Este proceso se convierte en el hilo conductor de la intervención, necesario para evitar que ésta se reduzca a un mero consumo de recursos. Este hilo conductor debe venir de la propia estrategia de salir adelante de la persona usuaria, pero con frecuencia esta estrategia requiere de puntos de apoyo sólidos. La relación estable entre persona usuaria y profesional de referencia debe servir como la apoyatura de la estrategia.

Es preciso diferenciar el acompañamiento como proceso de trabajo social intenso y continuado de otros procesos como el seguimiento profesional. El seguimiento consiste en el mantenimiento del contacto con las personas y familias atendidas. El objetivo del seguimiento es conocer la evolución del hogar, valorar la eficacia de las intervenciones planteadas y prevenir posibles deterioros futuros.

No todas las personas usuarias de los programas de servicios sociales (rentas condicionadas, programas de atención a familias, programas de inserción) son susceptibles de seguir procesos de acompañamiento social. En muchos de estos casos la aplicación de recursos económicos, de empleo o de atención y el seguimiento posterior son adecuados. El acompañamiento es un proceso de intervención intenso en recursos económicos y profesionales que debe ir orientado a aquellos casos (exclusión, familia y menores, dependencia) en los que se produce una acumulación de problemáticas que imposibilitan la autonomía de la persona o familia, incluso aunque cuente con el apoyo de prestaciones o recursos.

Cuadro 2. Función del acompañamiento social en cada ámbito de actuación de los servicios sociales

ATENCIÓN A MENORES Y ADOLESCENTES	ATENCIÓN A PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES	INCORPORACIÓN SOCIAL PERSONAS EXCLUIDAS
-Acompañar de forma continuada a la familia y a sus miembros ofreciéndoles una relación educativa, motivacional y de búsqueda de soluciones a sus necesidades y problemas de convivencia e integración.	-Acompañar de forma continuada en la adquisición de capacidades y apoyos que le permitan a la persona ser autónoma en la realización de las actividades de su vida diaria y favorecer su integración social.	-Acompañar de forma continuada a la persona para que supere las barreras que obstaculizan su integración social en diversas dimensiones, económica, relacional, empleo, salud y otros. Servir de recurso de motivación, educación y transformación de sus circunstancias de exclusión.

Fuente: elaboración propia elaboración propia a partir de Gobierno de Navarra. Departamento de Bienestar Social, Deporte y Juventud (2001). *Documento base para un Plan de Atención Comunitaria de Servicios Sociales*.

El proceso de acompañamiento también conlleva la necesaria aplicación de recursos dentro de una estrategia de actuación, con criterios de flexibilidad y

oportunidad y, como se ha mencionado, utilizando el acompañamiento profesional como hilo conductor.

Cuadro 3. Aplicación de recursos en cada ámbito de actuación de los servicios sociales

ATENCIÓN A MENORES Y ADOLESCENTES	ATENCIÓN A PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES	INCORPORACIÓN SOCIAL PERSONAS EXCLUIDAS
-Prestaciones: ayudas económicas de apoyo a la situación familiar -Servicios: servicios profesionales de mediación y educación familiar; atención 0-3 años; centros de acogida; pisos tutelados; residencias estancia corta; familias de acogida y adopción; recursos de formación para menores que abandonan sistema educativo; centros de deshabituación.	-Prestaciones: ayudas económicas para la contratación de cuidadores, adaptación del hogar o material ortopédico. - Servicios: atención domiciliaria (dependencia, doméstica, comida); centros de día, residencias de estancia corta; residencias permanentes; viviendas tuteladas; actividades ocio y ocupacionales.	- Prestaciones: ayudas económicas para la subsistencia (rentas condicionadas, ayudas vivienda, ayudas extraordinarias). - Recursos de activación laboral y social: recursos formativos, empleo protegido, centros ocupacionales, actividades de ocio y participación social; vivienda alternativa para personas sin hogar; recursos de deshabituación de sustancias; grupos terapéuticos; apoyo educativo y motivacional.

Fuente: elaboración propia elaboración propia a partir de Gobierno de Navarra. Departamento de Bienestar Social, Deporte y Juventud (2001). *Documento base para un Plan de Atención Comunitaria de Servicios Sociales*.

2.2 El trabajo social de grupos como complemento al trabajo de casos

La simbiosis de técnicas de trabajo individual y grupal es una combinación adecuada que permite reforzar las acciones diseñadas en cada situación a través del contacto de las personas afectadas con otras que viven, o han vivido, una situación similar.

La técnica grupal tiene una amplia trayectoria de desarrollo vinculada a la acción de los servicios sociales y al trabajo de casos, y se han destacado sus efectos positivos en el ámbito de la enfermedad, las dependencias, la discapacidad y la exclusión social. Sus funciones pueden ser las siguientes:

- La utilización del grupo como una herramienta para difundir información (acceso a prestaciones, servicios de apoyo, etc.), compartir experiencias y dar pautas de actuación relativas a la superación de situaciones de pobreza, dependencia o conflictividad familiar.
- Promover a través del grupo determinadas actitudes, motivaciones y habilidades personales, parentales, de pareja, etc.
- La utilización del grupo como herramienta terapéutica que permita ayudar a comprender e interiorizar mejor las causas de determinadas situaciones: exclusión, dependencia, aislamiento o conflictividad. Con ello se pretende desarrollar la empatía, el sentimiento de pertenencia a un grupo y aprender a comprender la evolución negativa de la problemática. Ello es fundamentalmente debido a que el grupo cuenta con la capacidad de empoderar a las personas afectadas a través de las experiencias del resto de componentes, de compartir los distintos recorridos y de explicitar diferentes actitudes en la pérdida de la

vivienda: la negociación, la búsqueda de mejores alternativas, el sentimiento de fracaso, la salida de la situación, etc. Este recorrido acompañado ayuda también a crear y consolidar vínculos de amistad entre componentes del grupo, lo cual puede suponer un refuerzo ante una situación de fragilidad.

- Es también un potencial de los grupos la búsqueda de soluciones colectivas de vivienda, empleo, interlocución con, administraciones, otros servicios implicados, etc.

El apoyo terapéutico grupal puede constituir un apoyo complementario a los procesos de intervención social individual y familiar continuada.

Cuadro 4. Funciones de la técnica del trabajo de grupos en cada ámbito de intervención

ATENCIÓN A MENORES Y ADOLESCENTES	ATENCIÓN A PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES	INCORPORACIÓN SOCIAL PERSONAS EXCLUIDAS
-Grupos de padres y madres que favorezcan la comprensión mutua, el apoyo y la adquisición de habilidades. -Grupos de adolescentes con finalidad terapéutica, formativa y relacional.	-Formación y apoyo de cuidadores informales. -Información y formación de personas con grados de dependencia leve con carácter preventivo.	-Grupos de perceptores de rentas condicionadas con motivación de autoayuda, formación, cooperación en la búsqueda de empleo. -Grupos de apoyo emocional para familiares o personas con enfermedades, dependencia a sustancias y otras problemáticas.

Fuente: elaboración propia a partir de Gobierno de Navarra. Departamento de Bienestar Social, Deporte y Juventud (2001). *Documento base para un Plan de Atención Comunitaria de Servicios Sociales*.

2.3 La perspectiva comunitaria en el trabajo de casos

La perspectiva comunitaria en trabajo social busca la promoción de redes sociales, entendida no solo como un fin en sí mismo por su carácter inclusivo, sino como el apoyo a otras funciones de intervención individual de casos y en las técnicas de grupo.

La promoción y colaboración con las redes sociales de la comunidad permite transmitir una información más efectiva y de más amplio alcance a través de los grupos y asociaciones ciudadanas en acciones preventivas y de detección.

Además, ayuda a mejorar la implicación social de las entidades ciudadanas en el desarrollo de mercados e instituciones inclusivas, desarrollar la capacidad de interlocución de negociación con los agentes implicados como mecanismo prioritario de participación en la mejora de la propia red de los servicios sociales; trabajar por la sensibilización y la transmisión de valores y actitudes positivas del conjunto de la población; desarrollar el apoyo mutuo de personas con problemas comunes, como recurso complementario de las prestaciones e intervenciones de los profesionales del servicio; incorporar a los sectores socialmente más débiles por problemas de dependencia, exclusión o desprotección a las organizaciones y entidades ciudadanas así

como a las actividades organizadas por ellas. Por último, promueve y favorece la participación de los propios colectivos afectados.

Cuadro 5. Funciones del trabajo comunitario en cada ámbito de intervención

ATENCIÓN A MENORES Y ADOLESCENTES	ATENCIÓN A PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES	INCORPORACIÓN SOCIAL PERSONAS EXCLUIDAS
-Dirigido a menores y adolescentes: promoción de actividades de ocio, educativas y sociales con el fin de prevenir situaciones de abandono, aislamiento conductas conflictivas, delictivas, consumos: Promoción de asociacionismo y tejido social infantil y juvenil. -Dirigido a padres y madres con el fin de prevenir a través de la información sobre drogas, ocio, conductas juveniles. -Dirigido a sistema educativo, sanitario y de empleo con el fin de conseguir la implicación en la prevención, detección y solución de problemas que afecten a los jóvenes y a los menores.	-Dirigido a la población adulta: actividades de ocio, formación y participación que prevengan situaciones de dependencia y aislamiento social. Fomento del asociacionismo de mayores. -Dirigido a cuidadores y cuidadoras con el fin de detectar y prevenir situaciones de sobrecarga o exclusión por circunstancias de cuidado. -Dirigidas a la población en general para favorecer hábitos saludables y prevención de la dependencia, detección de casos, promoción del voluntariado de apoyo a personas dependientes y actitudes de no discriminación y fomento de la integración social de personas dependientes.	-Dirigido a la población en situación de exclusión: favorecer su participación social, fomento del asociacionismo. -Dirigido a entidades sociales que trabajan con personas en situación de exclusión: fomento de la coordinación, dinamismo de proyectos de partenariado⁵ público privado. -Dirigido al conjunto de la población: fomento de sistemas inclusivos de empleo, ocio; fomento de actitudes solidarias y voluntariado; mediación en conflictos; fomento de actitudes no discriminatorias y favorables a acciones positivas de lucha contra la exclusión social.

Fuente: elaboración propia a partir de Gobierno de Navarra. Departamento de Bienestar Social, Deporte y Juventud (2001). *Documento base para un Plan de Atención Comunitaria de Servicios Sociales*.

2.4 Un modelo de atención social especializada en el nivel primario

En los países europeos en los que se inició el desarrollo de la atención primaria de servicios sociales personales para complementar la red de centros e instituciones especializadas, como es el caso del Reino Unido, éste se produjo como resultado de un proceso de integración en el nivel local de distintos servicios sociales pre-existentes. Es decir, se partía de servicios que por su especialización tenían el inconveniente de una visión parcial de los problemas, servicios a menores, discapacitados o personas con problemas de salud mental. Dejando de lado otras problemáticas relacionadas con la situación de la familia, como el aislamiento social o el propio efecto negativo de la institucionalización. El *community care*, frente al cuidado institucionalizado, permitía mantener a las personas en su entorno familiar, con sus relaciones sociales y aprovechar el poder integrador de las redes comunitarias, asociacionismo, amistades, empleo y ocio.

La acción de los servicios sociales en la comunidad pretende precisamente tratar de manera especializada, pero bajo una visión global las situaciones. Los servicios comunitarios además favorecen la utilización de recursos sociales (familia, asociaciones) en el trabajo especializado, multiplicando así

⁵ Se entiende por el intento de aunar iniciativas o sinergias de las administraciones públicas locales y regionales con entidades sociales del ámbito no lucrativo, e incluso empresas mercantiles.

el efecto integrador de los procesos de ayuda. De este modo, en el nivel local se coordinaba la atención a los problemas económicos, de empleo y de salud mental de una única familia. En el nivel más cercano a la población es donde deben organizarse recursos especializados en la atención a la dependencia, la tutela y la incorporación social ya que este nivel presenta importantes potencialidades para la detección temprana de casos y para la intervención con personas vulnerables aprovechando las potencialidades de la comunidad: en cuanto a recursos de empleo, asociaciones, grupos de apoyo, voluntariado y otros.

En la práctica, el objetivo de llevar la atención especializada al territorio resulta de elevada dificultad para la mayor parte de las redes de servicios sociales, sobre todo por escasez de recursos económicos. En la mayor parte de las redes se ha conseguido el objetivo de llevar al conjunto del territorio centros de servicios sociales que garantizan el acceso a toda la población a la información, orientación y acceso a determinadas prestaciones. En términos generales: rentas condicionadas, servicios de atención a personas dependientes y servicios de atención 0-3 años, alojamiento de personas sin hogar, etc.

Sin embargo, las funciones de acompañamiento social profesional destinadas a transformar situaciones intensas relacionadas con la desprotección de menores y adolescentes, personas dependientes o exclusión social han sido menos desarrolladas en el terreno. Es frecuente encontrar servicios de este carácter especializado más vinculados a recursos no preventivos o de comunidad, sino recursos de un nivel ya institucionalizado: centros de acogida de menores abandonados, programas de personas sin hogar o residencias de personas mayores.

Por tanto, constituye un reto para los servicios sociales conseguir apoyo especializado a los centros de atención comunitaria para favorecer que el trabajo intenso de acompañamiento de casos se desarrolle en fases preventivas.

Parte II. Las redes sociales de servicios sociales en Europa

3. Los servicios sociales en Europa a partir de la descripción de los distintos modelos de protección social

3.1. El origen de los servicios sociales en Europa y la herencia de las formas de asistencia para pobres

La extensión de los sistemas de garantía de ingresos, sanidad y educación a lo largo del siglo XX en Europa ha permitido reducir la pobreza a un fenómeno de carácter relativamente minoritario. De hecho, la erradicación de la pobreza llegó a constituir un objetivo prioritario para los gobiernos y la Unión Europea en la década de los setenta y ochenta. En esta época la mayoría de los estados⁶ propiciaron una importante extensión de los servicios sociales en el territorio y de las prestaciones económicas condicionadas. En los años sesenta se desarrollaba en el Reino Unido un movimiento profesional y social en defensa de la atención en la comunidad definido como *community care*. Frente al tratamiento institucional que había prevalecido hasta entonces, este movimiento defendía una nueva forma de intervención social que abordara las problemáticas sociales, tales como la pobreza, la discapacidad o las enfermedades mentales, dentro del entorno habitual de los individuos. En relación con la pobreza este enfoque pretendía ir más allá de la asistencia económica tratando de facilitar la integración de los desfavorecidos en su propia comunidad a través del empleo, la formación y el apoyo de las relaciones sociales y familiares.

Paralelamente en otros países se desarrollaban procesos similares. En Francia, por ejemplo se produjo un movimiento profesional que proponía favorecer la inserción de colectivos desfavorecidos en el entorno de iniciativas sociales desarrolladas en el ámbito local. En este contexto, el concepto de *insertion* se entendía como práctica profesional orientada a integrar a las personas en situación más desfavorecida, envolviendo también ámbitos que trascendían la subsistencia económica de los individuos, incluyendo la importancia de su participación familiar, social e incluso política. Salvando las distancias, ambos movimientos denotan una profunda transformación en Europa respecto a las fórmulas asistenciales previas.

Por primera vez, desde el surgimiento de los regímenes de bienestar, la asistencia de los desfavorecidos es asumida como responsabilidad de los estados, formando parte de un sistema de servicios sociales más amplio que incluye tanto colectivos no válidos (por ejemplo, adultos mayores, discapacitados o menores) como colectivos válidos (incluyendo personas en edad activa en situación de pobreza o exclusión social). Pero además, frente a los dispositivos asistenciales previos caracterizados por la institucionalización y estigmatización de los asistidos, se defiende la permanencia de los individuos en su comunidad como parte del tratamiento rehabilitador. En este sentido, desde ambos movimientos se defiende la capacidad del tejido social comunitario tanto en la integración de colectivos

⁶ En España la implantación de los servicios sociales no se llevará a cabo hasta los años ochenta. La guerra civil y la dictadura posterior frenaron el progreso social llevado a cabo por el resto de países europeos.

desfavorecidos como en la solución de los problemas sociales y su prevención.

Desde entonces se ha producido una creciente extensión de servicios sociales en el conjunto de países europeos aunque, a diferencia de los sistemas de salud y educación o garantía de ingresos tiene un desarrollo más limitado y desigual. De hecho existe un menor consenso internacional en su definición (Kahn y Kamerman, 1987).

3.2 Los distintos sistemas de servicios sociales presentes en Europa

El desarrollo de las redes de servicios sociales en Europa está estrechamente ligado al alcance y evolución del resto de sistemas de protección social. Un primer análisis simple nos lleva a afirmar que los modelos con sistemas de protección más amplios han desarrollado también mejores redes de servicios sociales. Una manera recurrente de facilitar el análisis comparado de la realidad europea es la de utilizar la clasificación de Gosta Esping-Andersen sobre los tres modelos de bienestar europeos (1990). Basados en esta clasificación, Anttonen y Sipilä (1996) analizan la realidad específica de los servicios sociales en cada modelo a partir del estudio de los servicios a la infancia y a los adultos mayores. Posteriormente Kautto (2002) respalda la misma actualización de la clasificación a partir del gasto en servicios sociales⁷. A continuación se presentan los cuatro modelos más relevantes dentro del panorama europeo: escandinavo, anglosajón, continental y mediterráneo.

I. El modelo escandinavo de servicios sociales públicos (Suecia, Dinamarca y Noruega).

Este modelo está basado en el universalismo y es financiado con impuestos. Incluye servicios sociales de elevada cobertura para grupos de población tales como menores en riesgo, personas con discapacidad y adultos mayores. Las entidades locales juegan un papel fundamental en la organización y gestión de este modelo. Es un modelo admirado por tener fuertes ventajas para los usuarios: un amplio abanico de servicios de elevada cobertura; es sensible a las cuestiones de género; pone más énfasis en el reconocimiento de derechos de los usuarios que otros modelos. Sin embargo, en los últimos tiempos este modelo podría estar sufriendo transformaciones debido a factores económicos y políticos que ponen límites a la aceptación del universalismo y dan una presencia creciente a los servicios prestados desde el sector no lucrativo.

II. El modelo anglosajón de carácter asistencial (Reino Unido).

El gobierno local asume la organización de servicios personales destinados a la población más vulnerable en términos de dependencia o de ingresos). La población objetivo se determina con herramientas para comprobar que el nivel de ingreso de las personas que reciben servicios esté por debajo de un estándar que se considera mínimo. El volumen creciente de gasto, a pesar de su orientación asistencial, ha tenido un nivel de protección elevado de las situaciones de mayor necesidad y distanciado de la realidad de otros países europeos. En los últimos años este modelo ha descentralizado de manera

⁷ Elaborado a partir de la traducción de la síntesis incluida en Munday (2006).

creciente la gestión de los servicios desde el sector público hacia entidades lucrativas y no lucrativas.

III. El modelo continental de los países del centro y norte de Europa (Alemania, Austria, Países Bajos y, en menor medida, Francia y Bélgica).

El principio de subsidiariedad del sector público está especialmente presente en Alemania y Países Bajos, donde los servicios sociales son provistos principalmente por entidades no lucrativas, en buena medida gestionadas por grandes entidades sociales de larga trayectoria en el caso alemán, y por entidades vinculadas con la iglesia en el holandés. El Estado sí asume un rol de financiación de la acción de estas entidades. El caso francés, sin embargo, es distinto debido a que existe una responsabilidad pública dominante en la atención a los niños y a los adultos mayores. De hecho, el gasto social en servicios en este país les acerca prácticamente al modelo escandinavo.

IV. El modelo mediterráneo de servicios sociales basado en la atención familiar (países mediterráneos incluyendo España, Grecia, Portugal e Italia).

En este modelo existe una provisión estatal limitada, reflejada en un menor gasto social y se pone énfasis en la responsabilidad familiar en el cuidado. Igualmente existe un tejido social de largo recorrido histórico, con entidades como Cruz Roja y Cáritas. La población con ingresos recurre al sector mercantil para la provisión de necesidades relacionadas con la dependencia o la discapacidad. Existe una fuerte crítica feminista sobre las consecuencias de este modelo en las trayectorias laborales de las mujeres encargadas del cuidado de menores, discapacitados y adultos mayores ante la baja disponibilidad de servicios públicos de cuidados. Los derechos de los usuarios no están correctamente definidos (Kautto, 2002).

A pesar de esta diversidad de modelos en la provisión de servicios sociales se observan algunas tendencias comunes en la evolución reciente de los servicios sociales, entre las que se encuentra la extensión del conjunto de las redes durante la última década, con el fin de dar respuesta a las realidades planteadas por los nuevos retos sociales de envejecimiento, desempleo de larga duración y transformaciones familiares. Además de esto, un creciente aumento de la presencia de proveedores no estatales, tanto del sector mercantil como no lucrativo, ha llevado al surgimiento de diversos debates, tanto a nivel europeo como de los estados miembros. Estas rivalidades tienen que ver con varios aspectos, como la eficacia y la eficiencia económica de las distintas formas de provisión, así como a los distintos riesgos implícitos en los procesos de provisión mixta. También hay debates en torno a la financiación de los servicios y la necesidad de propiciar el reconocimiento de derechos sobre los servicios, así como la necesidad de establecer procesos de seguimiento de la mejora de la calidad de los servicios y formas de participación de los usuarios en el seguimiento y control de los mismos.

A nivel supranacional existe una creciente actividad de la Unión Europea en el establecimiento de recomendaciones relativas a los servicios sociales, con diversos motivos que avalan esta tendencia. El tratado de Lisboa, en Junio de 2000 establece la lucha contra la exclusión social como una de las metas necesarias en la construcción de una Europa cohesionada. Por este motivo establece un método de coordinación entre los estados miembros para establecer acciones de inclusión social. En ellos existe un protagonismo central de los servicios sociales. Por otro lado, los tratados europeos que favorecen la libre circulación de trabajadores en la Unión Europea suscitan

diversos intereses que invitan a la, hoy todavía compleja, coordinación de los sistemas de protección europeos (educativos, sanitarios, pensiones, servicios sociales, etc.). Por último, en años recientes y en un contexto de preocupación por las elevadas tasas de desempleo a partir de 2008, se incrementa el interés por el sector de servicios sociales como un sector de creación de empleo y crecimiento económico.

3.3 Una aproximación comparada a los modelos de bienestar en Europa a modo de contextualización del análisis de los distintos sistemas de servicios sociales

Tal y como se concluye en el anterior apartado, los distintos modelos de servicios sociales responden a una configuración diferenciada del conjunto de sistemas de protección social en cada contexto europeo. Es preciso entender la naturaleza de la protección social europea en relación con múltiples factores socioeconómicos que han incidido en la generación de distintos modelos. El desarrollo económico, las características de la población, diversas alianzas de clases sociales, así como las demandas y valores que éstas han defendido, explican, en cada contexto, definiciones distintas sobre cuál debe ser el rol y el alcance de las políticas sociales públicas. De hecho, las características de la protección social aparecen estrechamente relacionadas con otros dos ámbitos también resultantes de las luchas de clase y los pactos alcanzados entre capital y trabajo: el modelo de regulación laboral existente y la estructura de recaudación fiscal.

La trayectoria de estudio comparado coincide en identificar el modelo escandinavo como modelo de protección social más amplio en términos de cobertura y eficacia en términos de igualdad. Este modelo se caracteriza por la universalidad de los servicios y prestaciones garantizadas como derecho y financiadas a partir de impuestos progresivos sobre la renta. Es un modelo con un fuerte compromiso con el pleno empleo y la seguridad de los trabajadores.

El modelo continental de los países del centro de Europa tiene como principal mecanismo de protección social los seguros basados en la contribución previa de los trabajadores y las cotizaciones de las empresas. En este sentido, el Estado tiene un rol subsidiario en la protección de las situaciones que no están protegidas por el seguro, frente a las entidades sociales y la familia. Este modelo se caracteriza por una regulación laboral que garantiza una fuerte protección a los trabajadores aunque, sin embargo, muestra dificultades en las últimas décadas para la creación de empleo.

El modelo anglosajón británico fomenta la protección individual a través del mercado o la familia y define una responsabilidad pública de protección únicamente con los más necesitados. Esta última es financiada con impuestos y orientada mediante comprobación de medios a la población en situación de pobreza. El modelo británico se caracteriza por un elevado nivel de flexibilidad en la regulación del empleo.

Por último, el modelo mediterráneo deja la mayor parte de la responsabilidad de la protección en la familia. Se acerca al modelo continental en cuanto al peso de la seguridad social de carácter contributivo que favorece una amplia

protección en la jubilación, la enfermedad y la discapacidad. Sin embargo, el peso de la atención al resto de situaciones recae en la familia o en entidades no lucrativas que orientan su acción a los más desfavorecidos. Existen redes de servicios sociales de carácter asistencial y financiadas con impuestos, pero de menor desarrollo que en el resto de Europa. En el ámbito de la regulación laboral se está produciendo un intenso proceso de polarización de la protección hacia los más antiguos en el mercado laboral, mientras que la temporalidad y los bajos salarios se concentran en los recién llegados (jóvenes e inmigrantes, mayoritariamente).

Cuadro 6. Cuadro comparado de los modelos de bienestar en Europa

Modelo	Escandinavo	Continental	Anglo-sajón	Mediterráneo
Países	Dinamarca y Finlandia	Alemania, Francia y Bélgica	Reino Unido	Grecia, España, Portugal e Italia
Principal característica	Universalidad	Subsidiariedad	Asistencialismo	Familia
Responsabilidad de la protección	Responsabilidad colectiva y el sector público como promotor	Responsabilidad colectiva, de las familias, agentes sociales y las entidades no lucrativas	Responsabilidad individual, el sector público asiste a quien no tiene medios	Responsabilidad recae en la familia
Principio orientador	Igualdad	Merecimiento y compasión	Compasión	Deber moral de protección
Protagonismo de proveedores				
Sector público	Alto	Medio	Bajo	Medio
Seguridad social⁸	Bajo	Alto	Bajo	Alto
Mercado	Bajo	Bajo	Alto	Bajo
Sector no lucrativo	Bajo	Medio	Medio	Medio
Familia	Bajo	Medio	Alto	Alto
Tipo de financiamiento	Impuestos	Impuestos y cotizaciones	Impuestos	Impuestos y cotizaciones
Principal técnica de protección	Universal	Contributiva y asistencial (comprobación de ingresos)	Asistencial (comprobación de ingresos)	Contributiva y asistencial (comprobación de medios)
Mercado laboral				
Compromiso público con la creación de empleo	Elevado	Medio	Bajo	Bajo
Modelo de regulación de empleo	Flexo-seguridad	Elevada protección, escasa flexibilidad	Elevada flexibilidad y escasa protección	Dual. Protección para los antiguos y flexibilidad para los nuevos*
Economía informal	Inexistente	Baja	Baja	Elevada

Nota: Lo que marca la dualidad es la legislación. Los nuevos trabajadores son contratados con una legislación que permite una mayor flexibilidad y menor protección. Paralelamente conviven con tipos de contratación más protectoras para los trabajadores antiguos. Los sindicatos no han permitido modificar esta protección, por eso la legislación flexibilizadora afecta solo a los nuevos.

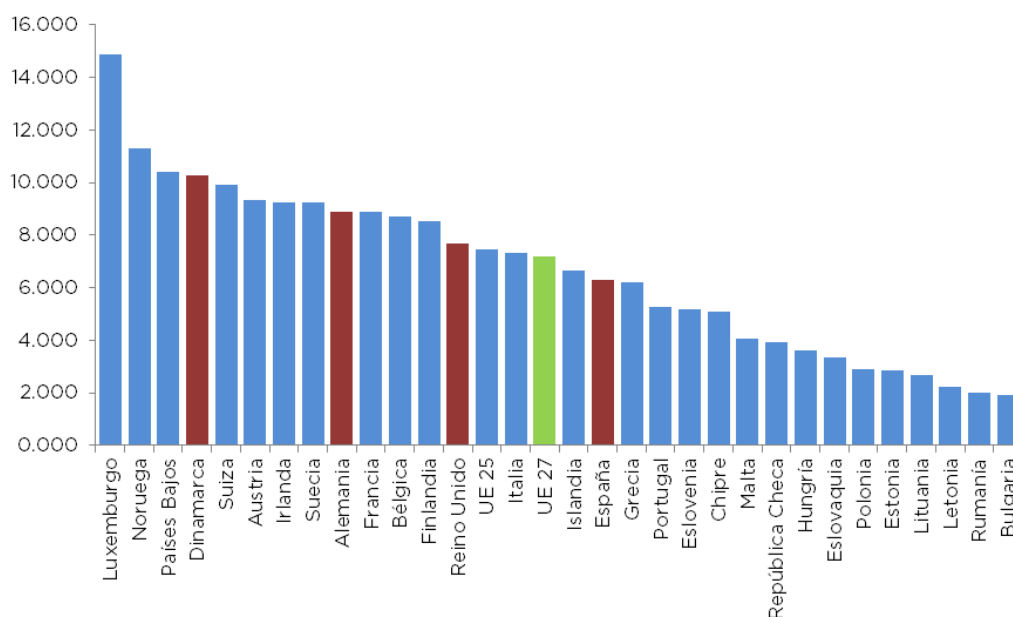
Fuente: Elaborado por Aguilar, M (2009).

A pesar de las diferencias, en todos los modelos europeos se ha alcanzado un esfuerzo elevado de gasto social en relación con el Producto Interior Bruto (PIB). Asimismo la media para el conjunto de países de la Unión Europea en

⁸ Por seguridad social se entiende seguros nacionales que incluyen garantía de ingresos en la jubilación (pensiones), incapacidad, enfermedad, desempleo, viudedad y orfandad. En general son sistemas que establecen la obligatoriedad a cotizar a trabajadores y empresarios y modulan la protección en función de lo cotizado.

2010 fue del 29,4% del PIB. Si se utiliza un país representativo de cada uno de los cuatro modelos podemos aproximarlos mejor a esta realidad diferenciada. Las diferencias entre los modelos citados van desde el 33% de Dinamarca al 25,7% de España. La incorporación de países del Este a la Unión Europea ha traído consigo una realidad de países que constituyen un modelo más limitado de protección social que el mediterráneo (gasto en torno al 15-17% del PIB).

Gráfico 1. Gasto social por persona en los países de la Unión Europea (calculado en euros PPA), 2010



Fuente: Eurostat SEEPROS.

Sin embargo, lo que realmente muestra las diferencias entre modelos no es tanto la proporción de esfuerzo, sino lo que éste supone en relación con la producción y su volumen de habitantes. El indicador de gasto social por persona en euros PPA (calculado en paridad de poder adquisitivo) muestra diferencias mucho más profundas entre los modelos.

En este caso se observa que en el modelo escandinavo el nivel de gasto por persona supera los 10.000 euros por persona al año, y por tanto es claramente superior a la media europea (tabla 2).

Tabla 1. Porcentaje del PIB destinado a gasto social en cuatro países representativos de los modelos europeos, 2010

	Porcentaje sobre PIB (%)
Dinamarca	33,3
Alemania	30,7
Reino Unido	28,0
España	25,7
UE 27	29,4

Fuente: Eurostat SEEPROS.

Tabla 2. Gasto social por persona en países representativos de los distintos modelos de bienestar (Euros PPA), 2010

	Euros PPA por persona
Dinamarca	10.291,5
Alemania	8.894,0
Reino Unido	7.676,4
España	6.283,9
UE 27	7.184,7

Fuente: Eurostat SEEPROS.

Atendiendo al origen de la financiación en cada modelo, se observa de nuevo una marcada diferencia entre el modelo escandinavo con un fuerte peso de financiación vía impuestos progresivos; es decir, aumenta la aportación en función de la renta; y el resto con una mayor aportación contributiva de empresarios y trabajadores a través de los seguros sociales (tabla 3). La diferencia en los criterios de reparto de la protección pública, en función de la necesidad y la del seguro, en función de lo contribuido previamente, genera distintos niveles de eficacia en términos de reducción de la desigualdad.

Tabla 3. Origen de la financiación del gasto público social para países representativos de los distintos modelos (%), 2010

	Cotizaciones sociales de los empleadores	Cotizaciones sociales de las personas protegidas	Aportaciones públicas vía impuestos	Otras fuentes
Dinamarca	10,8	19,7	64,6	4,9
Alemania	32,9	28,6	36,7	1,8
Reino Unido	34,1	12,6	45,8	7,5
España	42,9	12,3	43,5	1,2
UE 27	36,3	20,1	39,8	3,8

Nota: la suma de los cuatro apartados en el caso de España no llega al 100% debido a redondeos con decimales.

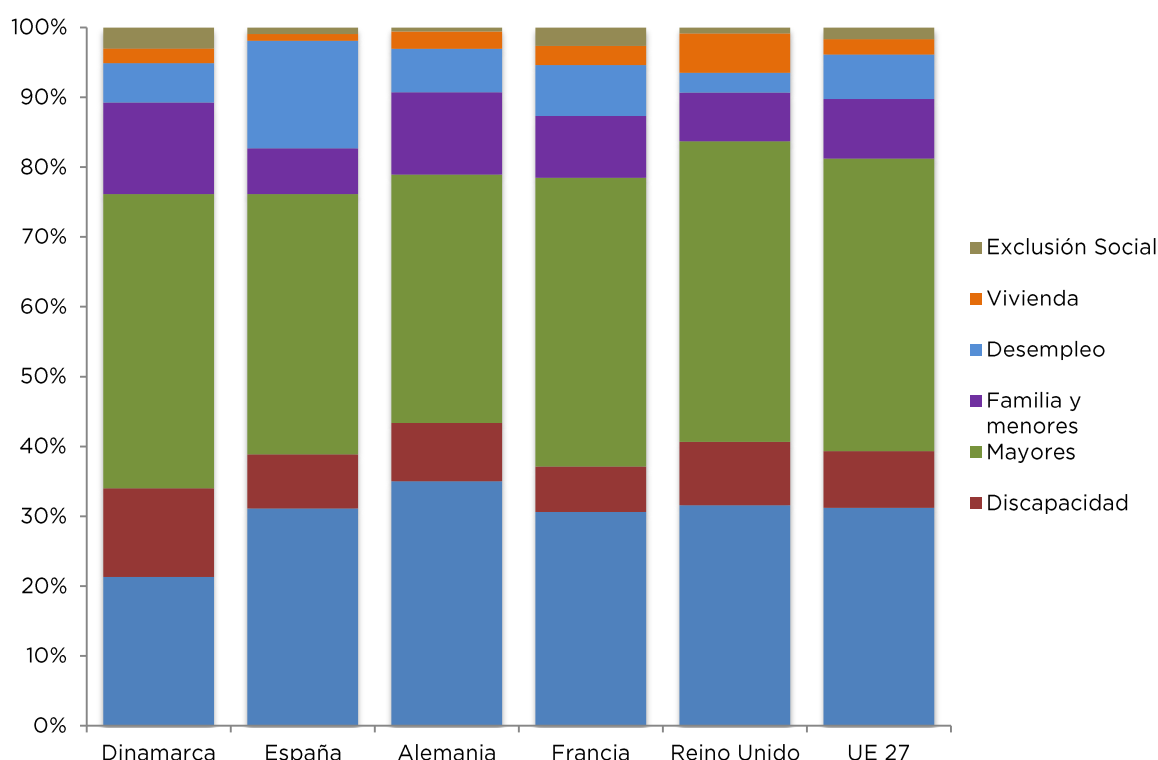
Fuente: Eurostat SEEPROS.

La protección del modelo escandinavo se caracteriza por su vocación universal, y por tanto se articula en prestaciones y servicios destinados al conjunto de la población, mientras que en el resto de modelos tienen mayor peso las prestaciones destinadas a la población asegurada que ha contribuido previamente o las prestaciones condicionadas a la demostración de bajos ingresos. En el primer caso, queda fuera la población que nunca ha trabajado o no lo ha hecho en el mercado regular (jóvenes, mujeres, personas de escasa cualificación que trabajan en economía sumergida o personas con problemas de discapacidad física o mental no reconocida, se encuentran frecuentemente fuera de dicha protección en la jubilación, el desempleo o la enfermedad). En el caso de las prestaciones asistenciales la delimitación del umbral es la que determina el volumen de población con bajos ingresos que puede quedar fuera de la protección.

El tercer factor diferenciador es la distribución del gasto. Es común a todos los modelos europeos que el gasto destinado a las pensiones de las personas

mayores constituye más de un tercio del gasto social en un contexto de creciente envejecimiento de la población europea, seguido por el gasto sanitario. A partir de aquí, marca la diferencia entre modelos el volumen de esfuerzo que dedicado a otros riesgos sociales como la discapacidad, la protección de familias y menores, vivienda social o situaciones de exclusión social.

Gráfico 2. Distribución del gasto social por tipos de necesidad en países representativos de cada modelo (% respecto al total del gasto), 2010



Fuente: Eurostat. SEEPROS.

Como puede apreciarse en el gráfico 2, el modelo escandinavo reserva una parte importante de su esfuerzo a estas partidas, constituyendo en 2010 el gasto destinado a salud un 21,3%; el gasto en discapacidad un 12,7%; el gasto en protección de familias y menores un 13%; y el gasto en vivienda y exclusión social un 2 y 3%, respectivamente. En el modelo de los países del centro de Europa, el caso alemán el gasto destinado a protección familiar es elevado (10,9% en 2010) pero el resto de partidas se alejan sustancialmente del modelo escandinavo. En el modelo anglosajón del Reino Unido destaca el esfuerzo destinado a vivienda social (5,6%). Por último, en el caso español el fenómeno del desempleo, acentuado drásticamente tras el comienzo de la crisis económica iniciada en 2008, marca un volumen importante del gasto social, que se distribuye en prestaciones de carácter contributivo, por lo que deja fuera algunas situaciones de necesidad alejadas de la relación laboral regular.

La trayectoria de estudios comparados de política social también corrobora una estrecha relación entre gasto social y desigualdad. Simplificando esta aproximación, en la tabla 4 se muestran los distintos valores del índice de Gini

correspondientes a cada nivel de gasto. Más allá de la trayectoria histórica del desarrollo económico y social en cada país, la inversión en gasto social incide en el mantenimiento o limitación de dichas desigualdades mediante la protección de las situaciones que quedan al margen del mercado laboral.

El modelo escandinavo presenta menor porcentaje de población en riesgo de pobreza (definido como recibir un ingreso menor del 60% de la renta mediana) y una mayor eficacia de sus prestaciones en la reducción de la misma (tabla 5). El caso de España es el de menor eficacia, debido a una combinación entre menos esfuerzo económico pero una distribución muy orientada a la contribución previa en el sistema de seguridad social, lo que deja sin protección a una parte importante de la población.

Tabla 4. Gasto social e Índice de Gini en países representativos de los distintos modelos, 2010

	Gasto Social por persona (Euros PPA)	Índice Gini
Dinamarca	10.291,5	0,26
Alemania	8.894,0	0,29
Reino Unido	7.676,4	0,32
España	6.283,9	0,34
UE 27	7.184,7	0,30

Fuente: Eurostat.

Tabla 5. Tasas de riesgo de pobreza (ingresos inferiores al 60% de la renta mediana) antes y después de transferencias sociales en países representativos de los distintos modelos (%), 2010

	Tasa de riesgo de pobreza antes de las transferencias	Tasa de riesgo de pobreza después de las transferencias	% de reducción de la pobreza gracias a las transferencias
Dinamarca	39,3	18,3	53,4
Alemania	43,6	19,7	54,8
Reino Unido	44,1	23,2	47,4
España	43,9	26,7	39,2
UE 27	43,5	23,7	45,5

Fuente: Eurostat.

La distribución del gasto social en Europa tiene consecuencias diferenciadas en cómo afecta la pobreza en las distintas generaciones. En la mayor parte de los modelos europeos la extensión de las pensiones en las últimas décadas ha conseguido disminuir la tasa de pobreza para los mayores de 65 años (tabla 6). Sin embargo, en algunos países el carácter condicionado de la protección de aquellos mayores que no lograron contribuir lleva a mantener tasas de pobreza mayores. En el caso de la pobreza infantil se observa una estrecha relación entre el gasto social dedicado a servicios y prestaciones familiares y la reducción de la pobreza en la infancia, tal y como se verá en el próximo apartado dedicado a familia y menores. Estos programas vía universal como

en Dinamarca o de manera condicionada como en Alemania y Reino Unido muestran una elevada eficacia en la reducción de la pobreza infantil. El caso español, en el que la inversión en políticas y prestaciones destinadas a las familias es tan limitada, muestra cómo en escenarios de crisis económica, como el actual, la destrucción de empleo tiene un impacto directo en la situación de pobreza de los menores.

Tabla 6. Población en riesgo de pobreza (ingresos inferiores al 60% de la renta mediana) (%) para el conjunto de la población, menores de 18 y mayores de 65 años, 2008

	Tasa de riesgo de pobreza conjunto de la población	Tasa de riesgo de pobreza infantil	Tasa de riesgo de pobreza +65
Dinamarca	18,3	10,6	18,4
Alemania	19,7	15,2	14,8
Reino Unido	23,2	18	21,4
España	26,7	29,2	22,3
UE 27	23,7	20,8	18,4

Fuente: Eurostat.

Hemos comprobado tres factores que explican la diferenciación de los modelos de protección, el volumen de gasto, las técnicas de financiación de las políticas sociales (seguro social e impuestos progresivos) y técnicas de reparto de las políticas sociales (universal, contributivo y condicionado a demostración de bajos ingresos), y por último, la distribución del gasto en funciones y su adaptación al conjunto de necesidades sociales. Las políticas destinadas a familia y menores, así como los programas de lucha contra la exclusión social muestran una elevada eficacia frente a los riesgos del desempleo y la pobreza infantil tal y como se analizará en el próximo capítulo.

3.4 Dos ejemplos de la incardinación de los servicios sociales en modelos distintos de bienestar social: Dinamarca y España

A continuación se presentan dos modelos opuestos en lo que se refiere a sistemas de servicios sociales presentes dentro del continente europeo, donde el primero está caracterizado por la adopción de políticas universalistas y fuerte protección para todo individuo, mientras que en el segundo su principal pilar y sustento es la familia, con una débil provisión de servicios públicos. Para ello se muestran a continuación Dinamarca, representando al modelo escandinavo, y España al modelo mediterráneo.

Dinamarca, un ejemplo del modelo escandinavo

La política social en Dinamarca tiene como principal objetivo la lucha contra la desigualdad. Para combatir este problema el modelo está basado en el universalismo de la protección, y se encuentra orientado a minimizar los efectos de la desigualdad de bienestar generada por el mercado o las

trayectorias vitales. La protección social se encuentra enmarcada en un modelo más amplio de desarrollo que busca la cohesión social a través de una clara apuesta colectiva por el pleno empleo y la protección. Este modelo se ha ido sustentando durante años en pactos sociales entre capital y trabajo que han tratado de adaptarse a las necesidades de una economía cambiante y a la aparición de nuevos riesgos sociales. El gasto público constituye el 60% del Producto Interno Bruto (PIB) del país. El gasto social destinado a sanidad, empleo y servicios sociales constituye un 30% del PIB y el dedicado exclusivamente al sector social un 17,5%: incluyen atención a la dependencia, servicios y prestaciones de atención a las familias, servicios y prestaciones específicos destinados a colectivos con discapacidad, problemas de drogas y exclusión. El porcentaje del PIB destinado a servicios sociales (sin incluir transferencias económicas ni servicios sanitarios) supera el 8% del PIB. (Ministry of Social of Denmark, 2012).

La elevada participación de las mujeres y los jóvenes en el mercado laboral ha favorecido que estos grupos sociales y sus necesidades también se encuentren representados en sindicatos laborales con elevadas tasas de afiliación y en alianzas electorales de amplio espectro. La tasa de desempleo en 2013 era del 6,7%. Asimismo, es un modelo financiado con impuestos progresivos de renta y actividades mercantiles. La responsabilidad de la protección reside en el sector público y está vinculada a derechos de la ciudadanía en función de la necesidad y no a la vinculación de la población con el mercado de trabajo.

Con el fin de favorecer la participación laboral de las mujeres se ha ido desarrollando un amplio sector de políticas destinadas a la protección de los menores y las personas mayores dependientes y las personas con discapacidad. Por ello, Dinamarca tiene el gasto más elevado de la OCDE en políticas activas de mercado laboral, que constituyen un 1,9% del PIB (la media para la OCDE fue de 0,7). Así, el gasto en 2010 en protección económica de desempleados también está muy por encima de la media, con un 1,6% del PIB, mientras que la media para la OCDE representa el 1% (Blades, 2012). De este modo, el modelo de protección combina servicios generales destinados al conjunto de la población con programas focalizados a personas con problemas específicos de discapacidad, salud mental, drogas o salud mental.

Por otro lado, el gran peso en la provisión de servicios frente al uso de prestaciones económicas queda patente en la gran proporción (30%) de la población activa que trabaja en el sector público, cabe destacar que tres cuartas partes de los trabajadores realizan sus actividades a nivel local.

La articulación del modelo en el territorio combina una serie de funciones generales de diseño y gestión centralizadas a nivel estatal en ministerios de salud, menores, integración y empleo y un nivel de responsabilidad descentralizado al nivel municipal, que cuenta con autonomía para la gestión y definición específica de los servicios y prestaciones.

Asimismo, existe un sistema nacional de transferencias que ayuda a equilibrar las desigualdades territoriales en desarrollo económico y recaudación fiscal. Además, la atención en el nivel municipal se orienta por una estrategia de

aproximación inclusiva a las situaciones de mayor dificultad, entendiendo que estas requieren la coordinación de diversas prestaciones y servicios. Unido a esto, en los últimos años ha aumentado la importancia de la participación de los usuarios en el diseño y valoración de los distintos servicios.

Los servicios públicos de atención a los menores de 0 a 3 años constituyen una amplia red que alcanza a un 70% de los menores de 2 años y a un 91% de los menores de 3. Son servicios destinados a favorecer la conciliación de la vida laboral y familiar y presentan formas flexibles que se adaptan a diferentes necesidades familiares. Las familias pueden llegar a pagar parte de los servicios en función de su renta.

Es responsabilidad de los municipios velar porque todos los menores y jóvenes se eduquen en condiciones que favorezcan su desarrollo y autonomía, por lo que existen programas destinados a detectar y prevenir tempranamente situaciones de riesgo. Se prioriza el trabajo educativo en el plano familiar a través de profesionales de referencia y la aplicación de recursos con el conjunto de la familia para favorecer la atención preventiva de las situaciones que dificultan el desarrollo educativo y social de los jóvenes. En última instancia se aplican recursos sustitutivos de acogimiento en instituciones o familias.

También son flexibles los servicios públicos destinados a la atención de las personas mayores con problemas de dependencia, si bien en general se orientan al mantenimiento de estas personas en su domicilio. Para ello se realizan planes de cuidado individuales que pueden integrar servicios de atención domiciliaria, servicios de respiro para las familias, servicios de sustitución, viviendas tuteladas⁹, apoyo en las salidas del domicilio y acogimiento residencial.

En el caso de la discapacidad, además de las prestaciones que favorecen la autonomía económica, se han establecido prestaciones que compensen determinados costes generados por la discapacidad (adaptación de hogares, vehículos, contratación de apoyo domiciliario).

Los servicios sociales establecen un trabajo personalizado con las personas en situación de exclusión social vinculadas a problemáticas de salud mental, drogas u otras situaciones. En este trabajo se utilizan recursos de protección, acogimientos, apoyo relacional, integración en el ocio y relaciones comunitarias. En los últimos años ha aumentado el énfasis en los programas de activación laboral.

Es también responsabilidad municipal garantizar que toda la población ejerza el derecho a una vivienda pública, para lo cual establecen distintas medidas de alquiler o acceso a compra de carácter social, ayudas a la rehabilitación y adaptación.

⁹ Viviendas tuteladas son un recurso a medio camino entre la atención domiciliaria y la residencial, dan alojamiento permanente o temporal a personas con discapacidades, con una situación sociofamiliar que les impide vivir con su familia o en su lugar habitual de residencia, ofreciendo un modelo de convivencia normalizado y organizado en pequeños núcleos de convivencia. Las personas con necesidades de dependencia viven de forma autónoma en sus propios departamentos pero existen en el bloque servicios comunes de comida, lavandería y atención a la dependencia. Son servicios muy deseados por las personas dependientes.

España, un ejemplo del modelo mediterráneo

La política social en España es resultado de una convergencia tardía, aunque eficaz, con el modelo de desarrollo económico y social europeo. Caracterizan a la política social española la rápida universalización de derechos sociales como la educación gratuita, la sanidad y las pensiones. Sin embargo, se produce un desarrollo más limitado, en relación con el resto de Europa, de la protección de desempleo, las políticas destinadas a la familia, el sistema de servicios sociales y la política social de vivienda.

En este país el gasto social sufrió una etapa de crecimiento continuado, desde los años ochenta hasta primeros de los noventa, debido a la ya mencionada extensión de la sanidad, la educación y las pensiones. No obstante, a partir de 1995 se inicia un período de declive del mismo. En la actualidad el gasto social representa un 25,7% del PIB, casi 4 puntos por debajo de la media europea (29,4%). El gasto en pensiones supone la tercera parte del gasto social. La coyuntura económica, las elevadas cifras de desempleo y la convergencia europea marcan su evolución, destacando de este modo la contención del gasto social para reducir el déficit público, así como la aplicación constante de medidas de contención o racionalización de la intensidad protectora de las prestaciones, además de una creciente privatización de los servicios sociales, tanto a entidades no lucrativas como mercantiles.

Las pensiones en España tienen una estructura contributiva para las personas que han aportado previamente a la seguridad social, y de nivel asistencial destinado a las personas mayores, discapacitadas o desempleados con bajos ingresos que no han podido cotizar, predominando notablemente las del primer tipo respecto a las del segundo. La financiación del gasto social se produce en más de un 50% en base a cotizaciones de empleados y empleadores.

En 2010, dada la difícil coyuntura económica del país el gasto en prestaciones de desempleo ascendió hasta alcanzar el 14% del gasto social, cuya estructura se divide en dos segmentos. Por un lado existen las prestaciones contributivas para los desempleados que han contribuido previamente durante su período laboral. Por otro lado están las prestaciones por desempleo no contributivas, destinadas para aquellos que agotaron la prestación contributiva y demuestran bajos ingresos, además de algunos grupos específicos de desempleados (con cargas familiares y/o mayores de 45 años).

En todos los casos la duración de la protección económica es limitada en el tiempo. No existe una prestación condicionada a nivel estatal destinada a dar cobertura a las situaciones de pobreza. Las comunidades autónomas sí han puesto en marcha prestaciones condicionadas de muy diversa cobertura y alcance. Por ejemplo en 2013 cuando la tasa de paro alcanzó el 26,4%¹⁰ en España, la mitad de la población desocupada (2.9 millones de los 6 millones de desempleados) recibía algún tipo de prestación económica. Las rentas

¹⁰ Datos procedentes del Instituto Nacional de Estadística (INE) de España. Encuesta de Población Activa (EPA), media anual de los cuatro trimestres del año.

mínimas en el conjunto de las comunidades autónomas dieron cobertura a unos 224.000 hogares.

En España el gasto en políticas activas en 2010 supuso el 0,9% del PIB mientras que el gasto en protección económica supone un 3,1%. Las limitaciones de la protección social pública en las políticas sociales han contribuido a que buena parte de la responsabilidad de la protección económica y el cuidado de mayores y niños lo sigan manteniendo las familias. En este país el hogar es el principal agente redistribuidor de la renta y del cuidado mediante la convivencia de distintas generaciones. Las tareas de cuidado constituyen una elevada sobrecarga de las familias, en mayor medida de las mujeres, que contribuyen a explicar, en parte, su escasa inserción laboral. Igualmente los jóvenes también dependen de los ingresos de la persona principal, retrasando así su proceso de emancipación y autonomía.

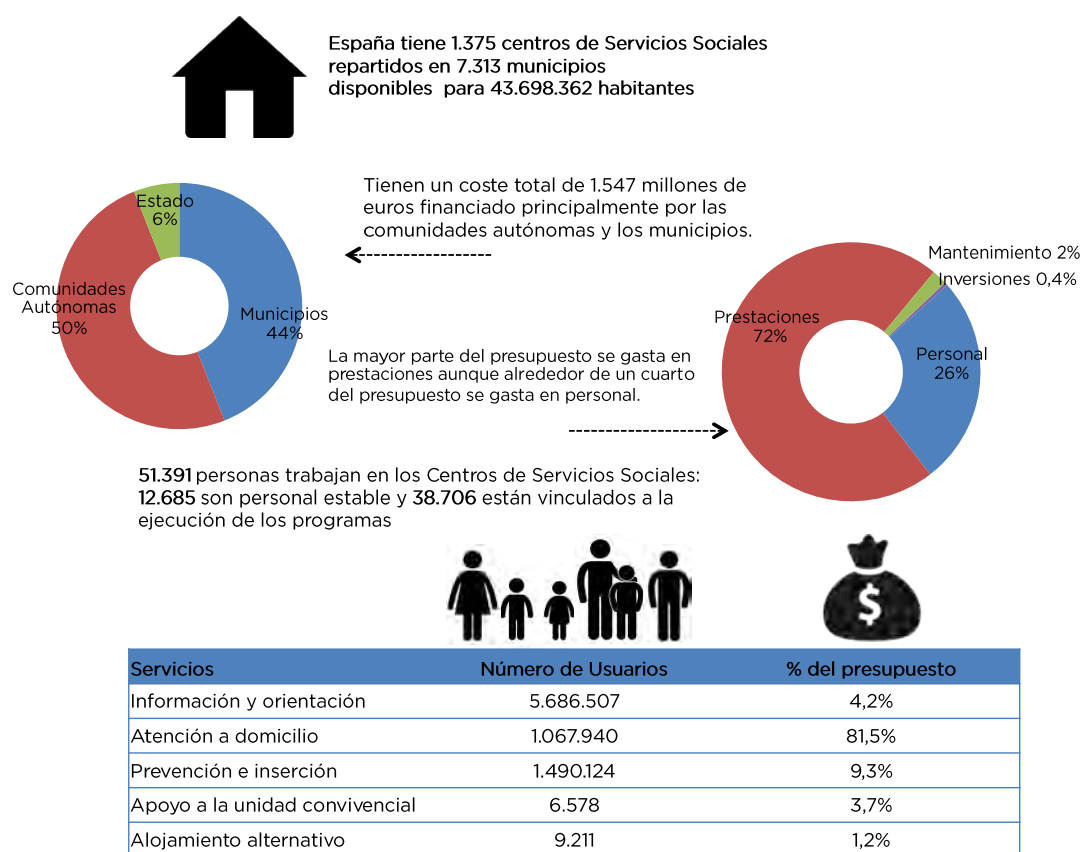
También caracteriza al modelo español el proceso, iniciado en la transición democrática, de descentralización de la responsabilidad en buena parte de los ámbitos de política social hacia las comunidades autónomas. La diversidad en términos de desarrollo económico y social de los distintos territorios está dando lugar a una red muy diferenciada de los ámbitos de protección de responsabilidad exclusivamente regional, como es el caso de los servicios sociales y las rentas mínimas condicionadas. De este modo, comunidades autónomas como País Vasco o Navarra presentan redes de servicios sociales más protectoras y desarrolladas en una realidad socioeconómica más inclusiva, con cifras de pobreza y exclusión muy por debajo de la media estatal.

En la actualidad las redes de Servicios Sociales en España presentan dos niveles, un primer nivel de atención primaria común para el conjunto del país y un segundo nivel de atención especializada, de muy diverso desarrollo en cada comunidad autónoma.

Nivel primario de servicios sociales: Los centros de servicios sociales en España

Durante la década de los ochenta se establece una red servicios sociales de atención primaria orientados por el principio de la universalidad. Se establece un Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales (1988), donde todos los municipios deben garantizar a la ciudadanía las siguientes prestaciones básicas: i) información y orientación, ii) ayuda a domicilio, iii) alojamiento alternativo en caso de necesidad, iv) apoyo a la unidad de convivencia y v) prevención e inserción social.

Cuadro 7. La atención primaria de servicios sociales en España



Fuente: Memoria Plan Concertado 2012 MSSSI Gobierno de España

De este modo se ha ido configurando una amplia red que incluye centros de servicios sociales en el conjunto del territorio, gestionados con responsabilidad compartida entre las entidades locales y las comunidades autónomas. Esta red garantiza la atención social primaria a toda la ciudadanía mediante programas básicos de información y orientación en el acceso a los recursos especializados.

La principal potencialidad de la red de atención primaria ha sido conseguir la implantación de los servicios sociales de responsabilidad pública en todo el territorio, garantizando la accesibilidad de toda la ciudadanía a las prestaciones básicas. Existe un catálogo de prestaciones básicas que define los servicios y prestaciones a los que tiene derecho la población en este ámbito.¹¹

Como principales limitaciones cabe señalar el desarrollo desigual de dichas prestaciones. La función de información y acceso ocupa buena parte de los recursos profesionales de la red. Estos servicios se constituyen en puerta de entrada al conjunto de servicios y prestaciones de la red especializada de servicios sociales, pero también de otros sistemas como pensiones, sanidad o vivienda. En segundo lugar, la creciente demanda del programa de atención domiciliaria, debido al aumento de población dependiente, también ha ocupado una parte importante del tiempo y, en este caso también de los

¹¹ <http://www.msssi.gob.es/ssi/familiasInfancia/docs/catalogoRefServSociales.pdf>

recursos económicos de la red. De tal forma, el esfuerzo dedicado a las funciones de apoyo a la unidad convivencial (familia y menores) y prevención e inserción cuenta con menos tiempo y recursos para su desarrollo.

En la mayor parte de los procesos la capacidad de los/las profesionales de esta red se limita a la detección de casos y derivación a otros servicios con más posibilidades de intervención (servicios sociales especializados, entidades sociales). Es aquí donde aflora la gran diversidad regional en el desarrollo de esta segunda red de servicios especializados.

Nivel secundario o especializado de servicios sociales

Más allá del Plan Concertado de Prestaciones Básicas que regula los centros de servicios sociales a nivel nacional, las competencias para proporcionar esos servicios sociales son autonómicas. Es decir, cada comunidad autónoma ha ido configurando su propia red de servicios sociales, además de los centros de atención primaria. Estas redes han ido integrando servicios y prestaciones de atención a la discapacidad, personas mayores, familia y menores preexistentes a los centros de atención primaria y de largo recorrido histórico, vinculados con los seguros sociales o la beneficencia. A ellos se suman los nuevos servicios y prestaciones que cada Comunidad ha ido poniendo en marcha en función de sus recursos y la demanda social. Ahora forman parte de esas redes los recursos residenciales destinados a población mayor dependiente o discapacitada, los servicios de acogimiento de menores y mujeres, centros de atención 0-3 años de carácter asistencial y otros.

En la actualidad existe una profunda desigualdad entre unas comunidades autónomas y otras en cuanto a los términos de oferta de servicios, cobertura y otros. El primer reto, por tanto, consiste en favorecer la igualdad de la ciudadanía de todos los territorios en el acceso a los servicios sociales. La red de servicios sociales del país lo configuran múltiples iniciativas del sistema público, entidades privadas y del sector no lucrativo. Este es un modelo plural de provisión de bienestar pero tremendamente complejo, desigual y con escaso reconocimiento de derechos. No existe a nivel estatal una legislación que respalde el derecho de la ciudadanía a la protección de mínimos o al acceso a los servicios sociales. Algunas comunidades autónomas sí han ido reconociendo derechos ciudadanos de acceso a rentas condicionadas o servicios sociales básicos. Esto está generando un mapa de protección muy diverso, no sólo en cuanto niveles de reconocimiento de derechos, cobertura y eficacia, sino también en su nivel de relación con los sectores mercantil y no lucrativo. El segundo reto lo constituye avanzar en la regularización del sector, lo que conlleva el establecimiento de derechos y catálogos de prestaciones y servicios.¹²

Asimismo, derivan múltiples dificultades de la existencia de la doble red, primaria municipal y especializada autonómica o regional. En primer lugar los centros de servicios sociales presentan escasa capacidad para llevar a cabo trabajo especializado en el nivel primario, ya que se conforman por pequeños equipos contratados por los municipios que gestionan el acceso a múltiples

¹² Algunas regiones como Navarra cuentan ya con Carteras-Catálogos de servicios sociales <http://www.cfnavarra.es/prm/Cartera%20de%20servicios%20sociales/index.html>

programas y tienen escaso poder de decisión sobre el acceso a dichos programas y prestaciones económicas de ámbito regional. Además, los recursos especializados no cuentan con la posibilidad de llevar a cabo trabajo preventivo y de carácter comunitario. Constituye un reto adicional para el futuro de los servicios sociales de España mantener un equilibrio entre el acceso universal de toda la ciudadanía a los servicios y el desarrollo de una atención especializada y prioritaria con familia y menores, discapacidad o exclusión social.

La desigual cobertura del conjunto de prestaciones y programas en España hace que sea difícil analizar el modelo español en su conjunto. Por ejemplo mientras el gasto promedio es 119 euros por persona en España, en el País Vasco es de 273 euros por persona y en Castilla La Mancha de 193 euros por persona (Sarabia, 2007). Esto contrasta con el gasto per cápita de Canarias de solo 42 euros por persona y el de Valencia de solo 36. A modo de ejemplo se señalan a continuación algunos datos básicos sobre los dos sistemas regionales con modelos más desarrollados, País Vasco y Navarra.

Cuadro 8. Red de Servicios Sociales de País Vasco

Comunidad Autónoma Vasca	Personas atendidas 2009
Servicios Sociales de Atención Primaria	
Información valoración y orientación	822
Ayuda a domicilio	19.825
Atención diurna (mayores y exclusión)	1.096
Acogida nocturna (albergues personas sin hogar)	500
Servicios de alojamiento	748
Servicios Sociales de Atención Especializada	
Centros de día	
Centros de día mayores	3.730
Centros de día discapacidad	1.916
Centro de día inclusión social	2.430
Centro ocupacional	352
Residencias	
Residencias personas mayores	12.210
Residencias discapacidad	1.058
Vivienda tutelada discapacidad	744
Centros residenciales salud mental	121
Vivienda tutelada salud mental	224
Residencias menores en protección	1.313
Residencias inclusión (cronificada)	149
Residencias inclusión social	1.313
Residencias mujeres víctimas maltrato (acogida)	98
Total servicios atención primaria	3.183
Total servicios atención especializada	25.270
Total	28.453
Coste Estimado de la red	995 millones de euros
Personal Estimado de la red (público y entidades)	19.499 personas

Fuente: Elaborado a partir del mapa de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma Vasca
https://www.euskadi.net/r45-contss/es/contenidos/informacion/planes_ss/es_planes/Mapa%20y%20

Cuadro 9. Red de Servicios Sociales de Navarra

Red Navarra	Presupuesto 2008	Personas atendidas
I. Servicios Sociales de Atención Primaria	12.401.205	63.102
Información valoración y orientación		57.661
Ayuda a domicilio		605
Acogida (Personas sin hogar)		2.000
Atención a la familia		2.088
Servicios de alojamiento		748
II. Servicios Sociales de Atención Especializada		
<i>II.1 Servicios Infancia y Adolescencia</i>	25.876.709	
Promoción de la Familia	13.331.264	
Prestaciones Económicas		
Ayudas conciliación	25.888	1.132
Ayudas madres trabajadoras hijos menores	6.190.597	7.719
Ayudas familias partos múltiples	179.074	248
Ayudas familias numerosas	1.838.709	763
Ayudas familias más 4 miembros	798.541	282
Servicios		
Centros Educación Infantil (Dpto. educación)	8.400.000	5500
Programa "casas amigas"	248.050	134
Protección Familia e Infancia	12.545.444	
Acogimiento	746.897	227
Adopción	26.597	80
Programa de intervención familiar	488.381	119
Centros Acogida	8.224.948	397
Programa de reforma de menores conductas delictivas	255.142	418
Equipo de Atención a la Infancia y la Adolescencia	214.470	160
<i>II.2 Servicios Dependencia</i>	100.067.475	
Atención Residencial	33.653.331	2.617
Centros de atención diurna	1.132.298	238
Ayudas económicas para atención domiciliaria ¹	34.832.712	7.608
Servicio de Atención Domiciliaria	7.121.017	3.976
Servicio Telefónico de Emergencia	758.902	7.187
Ayudas económicas para compra ortopedia, etc.	434.415	730
Promoción de la autonomía (prevención: clubs de mayores, programas de piscina, ocio, etc.)	22.134.800	93.700
<i>II.3 Servicios Inclusión</i>	18.567.246	
Prestaciones económicas		
Renta de Inclusión	8.885.361	3.162
Ayudas Extraordinarias Inclusión	649.313	757
Servicios de Inserción		
Equipo de Inserción Sociolaboral	49.346	362
Empleo Social Protegido	5.526.659	748
Inserción Laboral en Empresas	49.399	22
Equipo de Inserción social en Vivienda	17.520	745
Subvenciones a entidades sociales que trabajan con exclusión (inmigración, gitanos, drogas, cárcel)	1.873.759	11.068
<i>II.4 Servicios Discapacidad</i>	52.931.763	
Prestaciones económicas	364.669	114
Ayudas técnicas	135.119	155
Servicios de Inserción		
Centros de día	7.623.719	307
Transporte adaptado	488.704	238
Rehabilitación	981.514	155
Atención comunitaria personas salud mental	340.592	255
Acogimiento residencial	28.585.323	1.022
Promoción		
Centros ocupacionales empleo	5.413.079	819
Vacaciones	226.867	1.094
Actividades con entidades sociales	2.118.897	622

Nota: (ayuda media 460 euros/mes usuario)

Fuente: Elaborado a partir de Memoria Asuntos sociales y dependencia 2008 y plan estratégico de Servicios Sociales de Navarra 2008. www.navarra.es

4. La situación de los servicios sociales en Europa ante los nuevos retos: atención a menores y familia, personas dependientes y exclusión social. Retos y lecciones aprendidas.

Los nuevos retos sociales han incrementado el interés por el desarrollo de las redes de servicios sociales en Europa. Las redes de servicios sociales se han hecho cargo, antes que el resto de ámbitos de protección social, de las necesidades sociales de los colectivos afectados por los nuevos riesgos, menores y jóvenes en riesgo, personas dependientes y exclusión social. En este sentido han sido pioneras en el diagnóstico y medición de la demanda vinculada a ellos. Posteriormente muchos de estos servicios de atención han ido adquiriendo un volumen importante de esfuerzo traducido en gasto social y en redes de servicios y prestaciones propias.

Se analizan de manera comparada a continuación las redes de servicios destinadas a tres ámbitos de actuación: i) servicios sociales destinados a familia y menores, ii) servicios sociales destinados a personas dependientes y iii) servicios sociales destinados a favorecer la inclusión social.

4.1. Servicios sociales destinados a familia y menores

Los servicios sociales asumen la protección de los menores abandonados o en situación de riesgo social. Esto ha conllevado la puesta en marcha de diversas fórmulas como el acogimiento de menores abandonados o de familias negligentes y la educación o integración de menores en situación de riesgo social (por ejemplo, abandono educativo, problemas conductuales, drogas y delincuencia). En las últimas décadas en Europa los retos de los servicios sociales en este ámbito han ido evolucionando en función de los objetivos alcanzados.

Inicialmente y durante los primeros años de puesta en marcha de las redes públicas de servicios sociales, la preocupación fue la de normalizar las instituciones de acogida y tutela de menores, desde formas institucionalizantes hacia recursos normalizados: adopciones, acogimientos, pisos tutelados y residencias pequeñas de estancias cortas. Podría decirse que, en general en Europa este objetivo ha sido alcanzado y las redes han conseguido disponibilidad de recursos de esta naturaleza. El reto actual se encuentra en el establecimiento de fórmulas de intervención preventiva en la comunidad que actúen con las familias antes de los procesos de abandono, negligencia y fracaso.

Desde la extensión de los sistemas educativos de alcance universal gratuitos las instituciones de servicios sociales buscan la integración escolar y formativa de los menores vulnerables en los recursos normalizados, su actuación viene definida por el alcance de la responsabilidad de los sistemas escolares en los procesos de abandono temprano y fracaso escolar. El desafío para los servicios sociales consiste en perseguir la coordinación con los sistemas educativos y el diseño de dispositivos alternativos de formación profesional para menores excluidos. Con ello se busca la coordinación con educación y empleo para que los sistemas alternativos a la educación obligatoria constituyan experiencias cualificantes y orientadas a salidas laborales.

La atención de 0-3 años sigue vinculada en algunos países a la red de servicios sociales, por lo que está destinada únicamente a familias sin recursos. En otros países más avanzados este nivel se ha desarrollado como un sector en sí mismo o vinculado al sistema educativo, por lo que es destinado al conjunto de la población. En este caso el reto para muchas redes es el de universalizar los dispositivos de atención de 0-3 años.

La actual crisis económica, el aumento del desempleo y el estallido de la burbuja inmobiliaria se ha traducido en Europa en un preocupante crecimiento de la pobreza infantil, que ha pasado de una proporción del 18% de media en 2005 al 20% en 2012 (EUROSTAT, 2012). En estos momentos reducir la pobreza infantil a través de fórmulas de apoyo (prestaciones y servicios) a las familias se constituye como un reto para los países miembros.

Una aproximación comparada a las redes sociales destinadas a familia y menores en Europa

El gasto destinado a la protección de la familia y menores ha experimentado un fuerte incremento a lo largo de las dos últimas décadas en Europa. Este cambio se produce, no tanto por el aumento del esfuerzo dedicado a los servicios de protección de menores tradicionales (acogimientos, tutela, reforma), sino por el importante volumen de demanda de servicios de atención infantil y apoyo económico relacionado con la incorporación de la mujer al trabajo.

A pesar del aumento generalizado del esfuerzo esta es una de las principales áreas de diferenciación de los distintos modelos de bienestar. Mientras que el gasto sanitario, educativo o de pensiones ha ido equiparándose entre los países miembros, las ayudas y servicios destinados a familias y menores presentan grandes diferencias entre modelos. Los países nórdicos y algunos países del centro de Europa responden al reto de la incorporación de la mujer al trabajo y la superación de la pobreza infantil. A mucha distancia les siguen los países mediterráneos: Italia, España, Grecia y Portugal, y los nuevos países incorporados del Este, que han desarrollado redes más limitadas de atención.

A modo de ejemplo, este esfuerzo diferenciado se presenta en la siguiente tabla con el volumen de gasto social per cápita en prestaciones y servicios destinados a familia y menores en países representativos de los distintos modelos.

Tabla 7. Volumen de gasto social destinado a programas de familia y menores en euros por persona (PPA), 2010

	Familias y menores
Dinamarca	1.271
Alemania	958
Francia	716
Reino Unido	466
España	350
UE 27	555

Fuente: Eurostat SEEPROS.

En términos generales hay una apuesta relativamente equilibrada por una doble fórmula, de apoyo económico y de cuidados a las familias con hijos/hijas menores de 18 años. Las prestaciones económicas se destinan principalmente a la ayuda de familias con hijos menores y bajas laborales de maternidad y paternidad, mientras que se hace una apuesta clara por la prestación de servicios de atención diurna para los menores de 3 años. No obstante existen otras partidas de ayudas y servicios específicos, aunque son más limitadas y no comparables entre países.

Tabla 8. Gasto destinado a prestaciones y servicios orientados a Familia y Menores en 2009 (en millones de Euros) para diferentes países europeos

	Dinamarca (7mill. hab)	Alemania (82 mill. hab)	Francia (65 mill. hab)	Reino Unido (63 mill. hab.)	España (47 mill. hab.)
Prestaciones Económicas	3.526,8	27.697,3	27.092,6	34.684,5	7.003,9
Ayudas familiares por hijos	2.208,7	19.773,4	21.054,8	16.811,5	2.048,6
Baja laboral por paternidad	1.318,2	5.736,3	5.945,7	5.106,5	3.583,2
Servicios	4.920,9	23.067,0	33.254,3	19.423,5	8.939,9
Cuidados 0-3 años	4.393,9	12.870,0	24.686,7	15.940,2	6.593,7
Otros servicios	527,0	10.196,0	8.568,6	34.834,0	2.346,2
Total gasto	8.447,7	50.764,2	60.346,9	54.087,9	15.943,8

Fuente: OECD Stat.

Se ha comprobado una clara relación entre la extensión de las prestaciones y servicios destinados a familia y menores de carácter universal y la reducción de la pobreza infantil (Frazer y Marlier, 2014). En concreto, la extensión de los servicios de cuidado de niños entre 0-3 años tiene un doble efecto en la reducción de la pobreza, bien por favorecer la disponibilidad para trabajar de los padres así como el propio efecto preventivo en el desarrollo educativo y social del menor.

Se pueden diferenciar distintos modelos de atención infantil asociados a tasas muy diversas de riesgo de pobreza infantil en Europa. A pesar de que el aumento de este fenómeno ha sido generalizado desde 2007 es preciso recordar de nuevo la desigualdad interna de los modelos europeos. Las tasas de población de 0 a 17 años en situación de riesgo de pobreza y exclusión¹³ varían desde un 10 en los países nórdicos, hasta tasas superiores al 30 en Grecia, Italia y España¹⁴. Los países de nueva incorporación a la Unión

¹³ Indicador combinado de tres indicadores: población en riesgo de pobreza (menos del 60% de la renta mediana), hogares con baja intensidad laboral (trabajo <20% de la capacidad) y privación material severa (falta de acceso a 4 de una lista de 9 bienes considerados básicos: televisor a color, teléfono, lavadora, coche, realizar una comida de carne, pescado o vegetales al menos cada dos días, mantener la casa con calor adecuado, tener unas vacaciones anuales, pagar el alquiler o una letra y afrontar gastos imprevistos).

¹⁴ No se ha integrado en la comparación la realidad de las nuevas incorporaciones a la Unión Europea que presentan tasas aún más elevadas de riesgo de pobreza y exclusión infantil (Hungria, Rumania y Bulgaria (superiores al 40%). (Frazer y Marlier, 2014).

Europea presentan tasas aún más elevadas (Hungria, Rumania y Bulgaria presentan tasas superiores al 40%).

Los países con menor tasa de riesgo de pobreza y exclusión infantil presentan unas tasas cercanas al 10-15%, propio de países como Dinamarca, Finlandia y Suecia. Se diferencian por contar con un abordaje multidimensional de la pobreza infantil. La protección de la familia y los menores constituye, en sí mismo, un sistema de rango nacional, y por tanto existe un reconocimiento explícito de derechos y mecanismos formales de coordinación entre salud, educación, vivienda y otros. El sistema de familia y menores trasciende a la red de servicios sociales e incluye prestaciones y servicios propios. Muestran un equilibrio entre prestaciones y servicios universales (ayudas familiares y servicios 0-3 años) y programas focalizados destinados a familias vulnerables.

En el caso danés se otorga una prestación familiar a todas las familias con niños/as menores de 18 años. Las cuantías son de 2.281 euros anuales por cada niño los dos primeros años, 1.806 euros de 3 a 6 años y 1.421 euros de 7 a 17 (Olesen, 2011). Asimismo, existen prestaciones familiares por hijo menor específicas para hogares monoparentales u hogares con bajos ingresos, cuya ayuda es de 666 euros al año, independientemente del número de hijos; también hay prestaciones para menores con un solo padre/madre o cuya paternidad no haya sido determinada. Los huérfanos reciben una cuantía anual de 3.400 euros, así como ayudas de 1.098 euros anuales por cada menor en casos de partos múltiples (Blades, 2012).

En el siguiente nivel se encuentran los países calificados con riesgo de pobreza y exclusión infantil intermedio, con tasas que rondan el 20%, entre los que se encuentra Francia, Luxemburgo o Bélgica. En este caso no existe una estrategia centralizada que guíe al conjunto de sistemas hacia la erradicación de la pobreza infantil, la coordinación se produce en el nivel regional. Aunque no se ha avanzado en el reconocimiento central de derechos de los menores existe un sistema propio de servicios y prestaciones familiares, además de un fuerte protagonismo de las redes de servicios sociales en su provisión. Las prestaciones y servicios destinados a familia y menores presentan un enfoque de “progresiva universalización”, es decir, están orientados desde una lógica de comprobación de recursos pero cuentan con una cobertura elevada. Asimismo, existen prestaciones focalizadas a familias monoparentales, familias numerosas y familias en situación de pobreza. El reto que se plantea es precisamente ampliar la cobertura de las prestaciones y la atención 0-3 años. Además, se plantean líneas de mejora en la coordinación de políticas de activación de las familias.

Por último, y a cierta distancia de los dos anteriores modelos de atención infantil y familia, se encuentran los países con niveles elevados de riesgo de pobreza y exclusión infantil, cuyas tasas superan el 30%, propio de países como España (33,8%) y Reino Unido (31,2%). En este modelo las prestaciones y servicios a familia y menores se distribuyen en lógica de demostración de bajos ingresos y la cobertura es limitada, las acciones llevadas a cabo se encuentran incluidas en el sistema de servicios sociales, la coordinación con otros sistemas es reducida y no aparece como objetivo político la universalización de dichos programas. Igualmente, la gestión local y regional

en ausencia de reconocimiento de derechos y estrategias centrales conlleva un intenso nivel de diferenciación regional y local.

Lecciones aprendidas de la experiencia europea de las redes de servicios sociales en la prevención de la pobreza infantil

Las principales sugerencias de los expertos de los países miembros en la lucha contra la pobreza infantil (Frazer y Marlier, 2014) señalan la utilidad de llevar a cabo estrategias multidimensionales de carácter integral, definir enfoques que partan del reconocimiento de los derechos de los niños y niñas, establecer un equilibrio entre programas y servicios de orientación universal y programas dirigidos a población en especial dificultad, así como orientarse de manera prioritaria hacia los hogares definidos como hogares con muy baja intensidad de trabajo¹⁵ u hogares sin empleo¹⁶ a través de políticas de activación. En cuanto a estas sugerencias existen una serie de programas exitosos y probados en distintos países. A continuación se describe la dirección hacia la que se dirigen los distintos gobiernos en materia de prevención de la pobreza infantil.

En la mayor parte de los países con elevado nivel de riesgo de pobreza y exclusión infantil, además del desempleo de los padres/madres el problema son los bajos salarios. Estos motivos llevan a los expertos al diseño de medidas que incentiven el acceso al empleo mediante complementos salariales, con estrategias “*make work pay*”. El caso de Bélgica podría tomarse como ejemplo, cuando en 2012 introdujo el *work bonus*, con el objetivo de hacer atractivos los trabajos mal pagados. Además, tanto Bélgica como Italia llevan a cabo reformas fiscales con el objetivo de favorecer la situación de exención fiscal de los salarios más bajos (Frazer y Marlier, 2014).

Otro de los objetivos comunes es mejorar la accesibilidad de la población vulnerable a los servicios de atención 0 a 3 años, dada su estrecha vinculación con la reducción de la pobreza infantil. Por ejemplo, el programa “Vida” en Dinamarca incluyó una experiencia con 6.000 menores atendidos en centros 0-3 años municipales, donde principalmente se formó y monitoreó a los profesionales para una mejor detección y seguimiento de los menores de familias vulnerables. La experiencia estaba centrada en el desarrollo educativo de los menores, pero también en mejorar su bienestar y el de sus familias (Blades, 2012).

Con la intención de extender fórmulas que favorezcan la conciliación entre vida familiar y laboral sería aconsejable la flexibilización y extensión de las bajas por paternidad y maternidad, así como de los incentivos fiscales que favorezcan a parejas cuyos dos miembros trabajan y a los hogares monoparentales.

Las políticas de vivienda también ayudan a favorecer el bienestar de las familias. Por ello, el establecimiento de programas destinados a familias vulnerables tales como parejas jóvenes u hogares monoparentales tendría

¹⁵ Hogares en los que la media de horas trabajadas por todos los adultos entre 18-59 años es inferior al 20% de su potencial de trabajo en el período de referencia.

¹⁶ Hogares en los que ningún adulto trabaja.

efectos positivos, bien mediante el acceso a vivienda protegida o bien a través de prestaciones garantizadas que contemplen en el umbral la existencia de gastos de vivienda.

Un planteamiento adicional es la importancia de reforzar la lucha contra el abandono educativo de los adolescentes. Para afrontar este desafío la coordinación de servicios sociales y educación, los procesos de orientación individualizados y la aplicación de recursos formativos y laborales favorecen los itinerarios de inserción. En el caso de Malta se destaca como buena práctica contra el absentismo escolar la puesta en marcha de un equipo multidisciplinar de apoyo individual a menores con problemas, llevado a cabo en cada uno de los diez colegios con mayores tasas de absentismo, consiguiendo resultados muy satisfactorios (Frazer y Marlier, 2014).

Buena Práctica en Acompañamiento Social: Familia y Menores EAIA: Equipo de Atención a la Infancia y Adolescencia (Navarra)

La comunidad autónoma de Navarra (España) tiene competencias en servicios sociales, así como el resto de regiones españolas, con unas 210.700 familias forma una población aproximada de 600.000 habitantes. En cuanto a su tasa de riesgo de pobreza (población bajo el 60% de la mediana de la renta), para el año 2012 fue del 10%, mientras que la tasa española era del doble, hasta suponer el 20%. La tasa de riesgo de pobreza infantil en la región alcanzó del 21%.

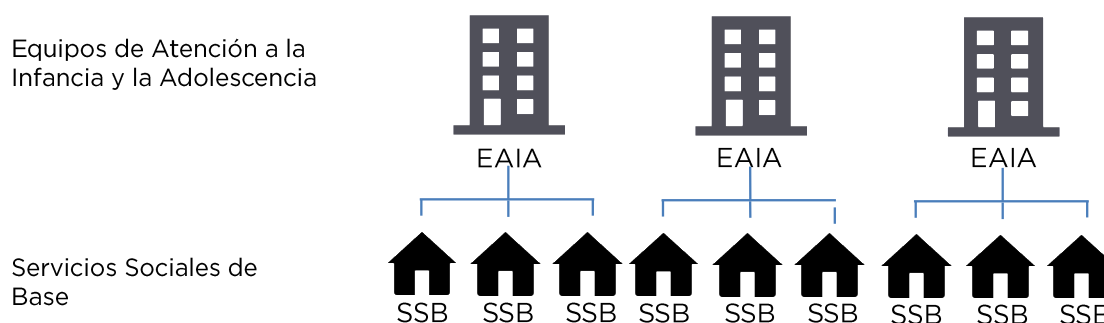
El objetivo del EAIA es el trabajo de casos especializado con infancia y adolescencia en el nivel comunitario, en los hogares, con finalidad preventiva en casos de riesgo de desprotección o exclusión. Su composición es multidisciplinar: un psicólogo, un trabajador/a social y dos educadores. Entre sus funciones destaca el apoyo a los Servicios Sociales de Base de Navarra,¹⁷ que constituyen el nivel primario de atención en el acompañamiento social con finalidad preventiva de familias con menores o adolescentes en riesgo. No obstante, también sirven como el mecanismo comunitario de los Equipos de Protección de Atención a la Infancia y a la Adolescencia de nivel especializado, ubicados en el plano regional. Estos servicios incluyen centros de protección y reforma de menores y adolescentes en los casos que se haya producido negligencia, abandono, conflicto o medidas judiciales. Por ejemplo, pisos tutelados, centros de acogida y centros de deshabituación.

De este modo, los Equipos de Atención a la Infancia y la Adolescencia se encargan de realizar trabajos de casos en el nivel comunitario. En primer lugar con finalidad preventiva, detectando casos leves en los que intervenciones tempranas permitan al adolescente o menor solucionar sus problemas permaneciendo en el domicilio. Los planes de intervención incluyen acompañamiento, apoyo educativo y social con los

¹⁷ 55 servicios distribuidos por toda la geografía de Navarra (por Ley 1/10.000 habitantes). En el mayor núcleo urbano, Pamplona, hay 11 centros. Ofrecen servicios sociales de atención primaria que garantizan información y acceso a prestaciones, así como algunos programas mínimos de carácter comunitario (atención a personas sin hogar, atención domiciliaria a personas dependientes, incorporación social de personas con problemas de integración). Los equipos son pequeños (mínimo 1 trabajador social y 1 administrativo) en general saturados con el programa de información y acceso y el de atención domiciliaria. Escasa capacidad para realizar acompañamiento.

menores/adolescentes con sus familias y aplicación de recursos para mejorar la situación del hogar y favorecer la integración del menor. La intervención es coordinada con servicios sociales de base (que quizás hayan intervenido en la gestión de prestaciones o servicios a las familias). Igualmente se establece la coordinación con centros escolares y entidades sociales que trabajan en la comunidad.

Ilustración 3. Servicios de protección del menor de Navarra



Fuente: elaboración propia

En relación con la intervención especializada de los servicios de protección del menor (regionales), estos equipos se encargan de facilitar la intervención paralela con las familias y el entorno para garantizar la integración a la salida de los centros: laboral, educativa, familiar y social.

Cuadro 10. Resumen anual del Equipo de Atención a la Infancia y Adolescencia de Navarra, 2008

Número de equipos: 5 (en función de demarcaciones que cubren toda la geografía de la región), cada uno da cobertura a varios Servicios Sociales de Base.

Personal de los equipos: entre 5 y 10 profesionales (la mitad trabajadores sociales y la otra mitad educadores sociales).

Número de casos atendidos en un año (2008): desigual en función del área urbana o rural. Pamplona la capital de la región concentra 1/3 de la población.

- EAIA Estella 59 familias 107 menores
- EAIA Tafalla 37 familias 53 menores
- EAIA Pamplona 220 familias y 412 menores

Coste económico

- EAIA Estella 107.235 euros (5 equipos profesionales contratados a entidades)
- EAIA Tafalla 107.235 euros (5 equipos profesionales contratados a entidades)
- EAIA Pamplona 1.302.641 euros (10 profesionales públicos)

La intervención del equipo presenta una serie de potencialidades, destacando su fuerte acción preventiva en casos de detección de vulnerabilidad en los menores y adolescentes, evitando así el deterioro de las conductas y las condiciones de vida de los menores/jóvenes. Asimismo, el abordaje integral del caso es eficaz, donde el trabajo integral con las familias y los menores/adolescentes facilita el progreso en la intervención. Por último, se optimizan los recursos y el gasto gracias a la mejora de la coordinación profesional con educación y servicios sociales especializados.

No obstante, la intervención también presenta limitaciones. En este caso concreto su principal debilidad es el ratio número de casos/recursos profesionales, demasiado elevado debido a que en los últimos años, no solo se produce un aumento de los casos, sino una complejización de la realidad

de los mismos. Esta situación se produce sobre todo en el núcleo urbano, Pamplona, donde hay un mayor número de casos y se encuentra especialmente limitado.

Ejemplo de red de servicios sociales de atención Familia Infancia y Adolescencia: Navarra

La red de servicios sociales a la infancia y la adolescencia en Navarra está compuesta por una serie de servicios y prestaciones económicas organizadas y financiadas por competencia del gobierno regional, en la sección de servicios sociales (a excepción de los centros de atención de 0-3 años, cuya financiación ha sido asumida recientemente por el sistema educativo regional).

El acceso a estas prestaciones y servicios se realiza a través de la puerta de entrada constituida por los servicios sociales de base (atención primaria) extendidos en el territorio, quienes informan y derivan mediante informes sociales a los servicios y prestaciones de la sección regional de Familia, Infancia y Menores. En la siguiente tabla se presenta un listado de las prestaciones y servicios existentes.¹⁸

Tabla 9. Prestaciones y servicios de la sección de atención a la familia, infancia y adolescencia en Navarra (2008). Financiación y número de beneficiarios/as

	Presupuesto	Nº Personas
Presupuesto regional Infancia y Adolescencia 2008	25.876.709	
Promoción de la Familia	13.331.264	
Prestaciones Económicas		
Ayudas conciliación	25.888	1.132
Ayudas madres trabajadoras hijos menores	6.190.597	7.719
Ayudas familias partos múltiples	179.074	248
Ayudas familias numerosas	1.838.709	763
Ayudas familias más 4 miembros	798.541	282
Servicios		
Centros Educación Infantil (Dpto. educación)	8.400.000	5500
Programa "casas amigas"	248.050	134
Protección Familia e Infancia	12.545.444	
Acogimiento	746.897	227
Adopción	26.597	80
Programa de intervención familiar	488.381	119
Centros Acogida	8.224.948	397
Programa de reforma de menores conductas delictivas	255.142	418
Equipo de Atención a la Infancia y la Adolescencia	214.470	160

Fuente: elaborado a partir de Memoria Asuntos Sociales y Dependencia (2008). Departamento de Asuntos Sociales, Familia, Juventud y Deporte del Gobierno de Navarra.

¹⁸ En la tabla faltan apartados por no contar con datos, partidas menores.

Esta red cuenta con una serie de potencialidades. De hecho, en los últimos años se produce un aumento progresivo del presupuesto y de la proporción destinada a servicios frente a prestaciones económicas; la proporción de ayudas aumenta en relación con el surgimiento de nuevas ayudas destinadas a familias con hijos. Además, los servicios de protección han sufrido una importante transformación bajo el principio de integración, desde el acogimiento institucional en grandes centros de los menores en abandono o tutela hacia las familias de acogida, pisos tutelados y residencias de pequeño tamaño. Asimismo, hay una tendencia a la normalización en el acogimiento y residencial. Por último, se observa una creciente presencia de servicios de orientación preventiva que sirvan de enlace entre los servicios de información y acogida y los especializados.

A modo de ejemplo cabe destacar como buena práctica el proyecto “casas amigas”, en el que se combinan objetivos de mejora de la red de cuidados con objetivos de incorporación laboral de mujeres en situación de vulnerabilidad. El proyecto consiste en favorecer la atención diurna de menores de 0-3 años en domicilios de cuidadoras que a su vez tengan hijos menores. Se ha constituido una red de 15 cuidadoras, más dos supervisoras de movilidad y una coordinadora que configuran una red de cuidado para más de 92 niños a lo largo del año, está pensado que no haya más de cinco menores en cada domicilio en cada momento. Las cuidadoras reciben cualificación y supervisión continua en el cuidado desde el proyecto, cuyo coste total ascendió a 248.050 euros en 2008.

Desde el punto de vista opuesto esta red también presenta algunas limitaciones. En primer lugar la cobertura es insuficiente respecto a la demanda; en el caso de las ayudas por hijos o los servicios de atención 0-3 años están orientadas a familias con bajos ingresos, no son de carácter universal; la cobertura de la atención 0-3 años es del 36% respecto al total de la población 0-3 años, se calcula que un 30% acude a centros privados de diferente coste y el resto permanece en la familia. En segundo lugar, estas redes son insuficientes como recursos especializados en la atención primaria que intervengan de manera preventiva y coordinada. Los recursos de protección y reforma destacan que su intervención se realiza en procesos de exclusión ya complejos e, incluso, irreversibles en el caso de algunos menores y adolescentes.

4.2 Servicios sociales destinados a personas dependientes

El envejecimiento progresivo de la población europea con el consiguiente aumento de población con problemas de dependencia y la creciente incorporación de las mujeres al empleo regulado ha incrementado la presión sobre los servicios sociales destinados a personas mayores.

En la actualidad las personas mayores de 65 años constituyen ya un 17% de la población europea y un 4,8% tiene más de 80 años. Se prevé que en 2050 los mayores de 65 constituyan un 30% de la población. A pesar de la valoración positiva del alargamiento de la esperanza de vida y la mejora de la calidad de vida y salud de la población mayor de 65 años, es indudable que, en este ciclo, y más aún a partir de los 80, aumenta la probabilidad de sufrir problemas físicos o mentales que les hagan depender de otras personas en la

realización de las actividades de la vida diaria. Esta población va sumándose por tanto a la población con discapacidad, que también precisa apoyos externos en el desempeño de su vida diaria.

Aunque no existe un consenso metodológico sobre la medición de la dependencia o los niveles de falta de autonomía, la experiencia de personas atendidas por los sistemas nacionales nos hace estimar en torno a un 2% del conjunto de la población la proporción que tiene necesidad de apoyo diario (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España, 2004).

Estos hechos han llevado a la promoción por parte de los estados europeos de sistemas más amplios de atención a la dependencia, que incluyen la extensión de servicios sociales pre-existentes (residencias, atención domiciliaria) y el establecimiento de nuevas prestaciones económicas. De hecho, el aumento de la demanda de servicios para dependientes ha constituido un factor de transformación de las redes de servicios sociales europeas al concentrar buena parte de su acción. En algunos países la atención a la dependencia ha llegado a constituir un sector propio de protección social, trascendiendo a los servicios sociales, a veces vinculado a sanidad o al sistema de seguridad social, mientras que en otros sigue siendo asumido por los servicios sociales de manera exclusiva.

Existen algunos retos comunes de los países europeos en este ámbito (European Commission, 2008):

- En los primeros años de puesta en marcha de las redes públicas de servicios sociales los recursos se orientaron a la atención residencial de las personas con mayores grados de dependencia y a las personas sin familia ni recursos económicos. Sin embargo, con los años la tendencia ha sido a tratar de implantar redes más amplias destinadas a personas con diversos grados de dependencia y desarrollar recursos que permitieran mantener a la persona en su domicilio y en su comunidad.
- El envejecimiento, la intensificación y complejización de las situaciones de dependencia (presencia de múltiples patologías y discapacidad) así como la situación de nuevas formas familiares con menor capacidad de protección han ayudado a aumentar significativamente la demanda. Se plantea como desafío la adecuación de la oferta a la creciente demanda. La oferta actual, tanto de recursos como de prestaciones, parece ser insuficiente ante el constante aumento de la población dependiente.
- La insuficiente oferta financiada por el sector público y los precios de la oferta privada podrían estar dejando sin protección a parte de las necesidades de la población sin recursos económicos estableciendo diferencias en la calidad de los mismos. Se plantea como reto la mejora de la accesibilidad a los servicios así como la regulación de la calidad de la provisión privada y no lucrativa. Junto a ello se persigue la mejora de la cualificación de los profesionales del conjunto del sistema.
- El fuerte peso que en muchos modelos sigue teniendo el cuidado familiar plantea como reto clarificar el rol de los/as cuidadores/as informales (familiares) atendiendo a cuestiones relativas a la calidad, cualificación y sobrecarga.

- Por último, a partir de la experiencia de muchos modelos parece necesario avanzar en la coordinación con los sistemas sanitarios que también atienden a las personas dependientes.

Una aproximación comparada de las redes de servicios sociales destinadas a adultos mayores en Europa

En las últimas décadas se produjo un proceso de convergencia en Europa en relación con la extensión de las pensiones, lo que ha favorecido la disminución drástica del riesgo de pobreza entre los mayores de 65 años. De la misma manera, el riesgo de pobreza en esta fase del ciclo vital es considerablemente menor que en el resto de la población (8,3% para los mayores de 65 y 23,7% para el conjunto de la población (Eurostat, 2008)).

Esta extensión del gasto destinado a pensiones se produjo en las primeras fases de desarrollo de los modelos europeos en momentos de crecimiento económico, tasas de empleo elevadas y un fuerte poder de concertación de los sindicatos de trabajadores. Por el contrario el surgimiento de la preocupación por el fenómeno de la dependencia se produce décadas después en un contexto más diverso de destrucción de empleo, menor presión social y fuerte contención del gasto social. Son algunos de los factores que permiten explicar la fuerte diferenciación existente en la apuesta realizada a los cuidados a las personas dependientes.

Tabla 10. Volumen de gasto social destinado población mayor de 65 años: pensiones y cuidados (% PIB), 2008

	% PIB destinado a pensiones	% PIB destinado a cuidados
Dinamarca	12,5	1,68
Alemania	12,4	0,15
Francia	13,4	0,45
Reino Unido	11,1	0,56
España	9,5	0,35
UE27	12,1	0,41

Fuente: Eurostat SEEPROS.

Mientras que el esfuerzo destinado a pensiones es muy similar en todos los modelos, el modelo nórdico se vislumbra claramente como el más generoso en la protección de cuidados de las personas mayores con problemas de dependencia. Si atendemos al gasto per cápita destinado a programas para mayores de 65 años (sin incluir el gasto en pensiones) la distancia con el resto de modelos es drástica, sobre todo con el caso español.

Además del volumen de recursos económicos, su distribución en ayudas o servicios, resulta definitiva a la hora de configurar modelos de protección, de más o menos cobertura y eficacia.

Tabla 11. Volumen de gasto social por habitante destinado a programas para mayores de 65 años (euros PPA), 2010

	Gasto per cápita (euros PPA)
Dinamarca	4.075,9
Alemania ¹⁹	2.896,1
Francia	3.355,9
Reino Unido	2.874,2
España	1.994,5
UE 27	2.725,2

Nota: Incluye prestaciones económicas y servicios. No incluye prestaciones.

Fuente: Eurostat SEEPROS.

A continuación se presenta una tabla en la que aparece el gasto total (en millones de euros) que distintos países dedican a prestaciones y servicios para personas mayores. Se ha incluido el gasto en pensiones, con finalidad comparativa pero también porque en el caso alemán el sistema de atención a la dependencia se construye en el sistema de seguridad social vinculado a las pensiones.

Tabla 12. Gasto en prestaciones y servicios destinados a Familia y Menores en 2009 (en millones de Euros) para diferentes países europeos.²⁰

	Dinamarca (7mill. hab)	Alemania (82 mill. hab)	Francia (65 mill hab)	Reino Unido (63 mill hab)	España (47 mill hab)
Prestaciones Económicas	13.239,5	220.346,8	224.407,4	85.914,2	80.778,3
Pensiones	sd	206.993,2	216.694	68.491,6	74.482,2
Ayuda económica para cuidados	sd	392,8	5.238	363,3	sd
Servicios	4.458,9	388,3	6.995	8.085,7	6.296,2
Residenciales	125,3	sd	sd	4.442	4.259,2
Atención Domiciliaria	4.077,9	sd	sd	3.662	1.543,2
Total	17.698,4	220.735,1	231.402,7	93.999,8	87.074,5

Nota: sd (sin datos).

Fuente: OECD Stat.

Una primera lectura de los datos de la anterior tabla nos muestra que el modelo danés, a pesar de haber desarrollado de manera más amplia su red de servicios sociales no es el que más dinero invierte en personas mayores. Los modelos del centro de Europa, también llamados corporatistas (por el fuerte peso de diferentes corporaciones sindicales), tienen un mayor gasto en pensiones destinadas a mayores de 65 años.

¹⁹ No incluye las prestaciones destinadas a la dependencia integradas en el sistema de pensiones.

²⁰ Esta tabla tan sólo incluye las partidas de gasto más importantes sobre las que había datos disponibles, por tanto el total no es el sumatorio de los datos visibles.

Estos sistemas se configuraron a partir de seguros sociales que financian trabajadores y empresarios y que distribuyen las pensiones en función de lo contribuido previamente (salario y años), motivo por el que ofrecen una cobertura muy desigual en función de las trayectorias laborales, los sectores y las cualificaciones. Es un modelo que protege mejor en el sentido económico a las personas mayores que se jubilan de empleos cualificados, bien pagados y estables. En Dinamarca, sin embargo, se distribuye una única pensión estatal de carácter universal y, por tanto, igualitaria para toda la población mayor (trabajadora o no), pagada con impuestos. Es un modelo que, con menos recursos, consigue mejor efecto redistributivo.

En Alemania la atención específica a los problemas de dependencia de la población mayor se ha integrado como un riesgo más incluido en el seguro social, en forma de ayudas económicas que complementan las pensiones. Estas ayudas pueden ser destinadas a la contratación de cuidados. De nuevo, este modelo refuerza la desigualdad laboral, mientras que en el caso danés se construye un modelo de atención a la dependencia bajo la lógica de prestación de servicios públicos de manera universal.

En el sistema francés se ha progresado en los últimos años desde un modelo de carácter asistencial, que prestaba atención a la dependencia tan sólo a personas mayores sin recursos, hacia un modelo universalista en el que se ofrece atención a toda la población que lo necesita (vía ayudas económicas y servicios).

Por último, y a gran distancia en esfuerzo económico respecto al resto de países presentados, Reino Unido y España, cuentan con modelos de atención de naturaleza asistencial orientados a las personas mayores que demuestran bajos recursos. En ambos modelos, la inercia de la trayectoria de tratamiento mantiene mayor esfuerzo económico en recursos residenciales frente a los servicios comunitarios de apoyo en el domicilio.

A través de los datos de los países analizados podemos identificar los modelos existentes en la atención a la dependencia en Europa (Libro Blanco de Atención a la Dependencia en España 2004):

1. Modelo universal, representado por países nórdicos y Holanda.

- La atención a las personas con necesidades de apoyo en la vida diaria es un derecho que tiene toda la ciudadanía, por tanto es responsabilidad pública proveer las atenciones necesarias para cumplir con la garantía del derecho.
- El sistema lo constituyen servicios personales de titularidad pública, financiado con impuestos y carácter profesional (articulados a nivel municipal). Aunque la provisión es universal existe un pago por parte del usuario en función de su renta.
- En los últimos años se ha producido una fuerte transformación desde un modelo residencial a uno comunitario. A pesar de ello en la actualidad el 13% de la población dependiente es atendida en residencias y un 45% en sus domicilios.
- La gestión del sistema es compartida entre el sistema sanitario y los servicios sociales. Esto permite no sólo compartir espacios de atención sanitaria y social en los municipios pequeños, sino también una intensa

colaboración profesional en los diagnósticos y en los planes de cuidado.

II. Modelo basado en el seguro. Representa a países del centro de Europa como Alemania, Austria y Luxemburgo.

- La atención a las personas dependientes se concibe como un derecho de la población y por tanto es responsabilidad colectiva darle respuesta.
- Se incluye como riesgo dentro del sistema unificado de seguridad social y se financia con cotizaciones de empleados/as y empleadores/as. El Estado vía impuestos establece ayudas asistenciales para quien queda fuera del seguro por no haber cotizado.
- La ayuda es de carácter económico y complementa la pensión de jubilación, por tanto está modulada en base al nivel de dependencia y a la cotización previa.
- El perceptor tiene autonomía para destinar la ayuda a la contratación de servicios o el pago a familiares. El sistema incluye el alta en la cotización de cuidadores familiares.
- Los servicios mercantiles, públicos o de entidades sociales presentan una gran diversidad en términos de calidad y precio, por lo que se generan diferencias en relación con las opciones de contratación.
- Muchas familias optan por asumir los cuidados y el modelo refuerza la sobrecarga de las cuidadoras y el mantenimiento de la desigualdad de género en este ámbito.
- El modelo es gestionado desde el sistema de seguridad social y los servicios sociales se encargan de la orientación en la contratación, los planes de cuidado. Escasa coordinación con el sistema sanitario.

III. Modelo asistencial, es la realidad de países mediterráneos: España, Italia y Portugal y también el Reino Unido.

- La financiación pública está destinada exclusivamente a personas mayores con bajos recursos y en el caso de los países mediterráneos a personas que además no cuentan con apoyos familiares.
- Existen por tanto grandes diferencias de cobertura de las prestaciones y servicios respecto al resto de modelos. En el caso español, la cobertura de los servicios de atención a domicilio es del 4,9% respecto al conjunto de población mayor de 65 años.
- Existe una amplia oferta de servicios residenciales y domiciliarios mercantiles. En el caso de los residenciales tiene precios elevados y escasa competencia. En el caso de la atención domiciliaria se ha desarrollado mayoritariamente en la economía informal muy vinculada a la inmigración. Acceso desigual de la población dependiente a los recursos.
- Existe una elevada responsabilidad de las familias en los cuidados. Con escaso apoyo institucional: formación, cotización, etc.
- La responsabilidad es de la red de servicios sociales y se encuentra gestionada por los municipios. Existen importantes diferencias territoriales.
- Escasa coordinación con el sistema sanitario.

Lecciones aprendidas de la experiencia europea de servicios sociales de protección a la dependencia

A pesar de la diversidad, en Europa existe consenso en defender un modelo de provisión que comparta la responsabilidad del cuidado entre la persona, su familia y el sector público. Frente a los modelos institucionalizadores del pasado, en los últimos años se opta por recursos comunitarios que permiten a las personas permanecer por más tiempo en su domicilio, en su comunidad. Se establecen planes de cuidado que incluyen: prestaciones económicas, servicios domiciliarios, servicios residenciales y apoyo comunitario (en forma de voluntariado, recursos para cuidadores informales, etc.).

Los recursos de atención domiciliaria presentan una serie de potencialidades importantes. Ente ellas puede destacarse la preferencia de esta modalidad por parte de los usuarios/as que mantienen su autonomía, hogar, contexto y relaciones. Además, tienen claros efectos preventivos si se desarrollan en etapas tempranas del proceso de deterioro físico y mental, por su contenido educativo en habilidades y capacidades de autonomía en el hogar, tanto para la persona como para su entorno. Asimismo, y junto a estas ventajas, cabe señalar el menor coste económico en comparación a los servicios residenciales. En el recuadro 1 se muestran algunos detalles de los casos danés y español.

Recuadro 1. Información sobre atención domiciliaria en Dinamarca y España

La atención domiciliaria en Dinamarca es organizada bajo la lógica del *“Help to self-help”*, es decir, las personas reciben el apoyo necesario para aprender a ser autónomos en las actividades de la vida diaria a pesar de sus discapacidades físicas o intelectuales. El servicio es planificado bajo la técnica de trabajo de casos adaptando el tiempo y naturaleza del apoyo domiciliario a las características de cada caso (en términos de nivel de dependencia, ritmos de aprendizaje, apoyos, contexto, etc.).

Ministry of Social Affairs and Integration, Denmark (2011).

En el caso de España un estudio realizado por el Observatorio de Personas Mayores con datos de 2008 (IMSERSO, 2010) revelaba importantes diferencias en el coste de las personas atendidas por cada recurso:

- Atención residencial: 18.803 euros/persona año.
- Atención residencial diurna: 8.942 euros/persona año.
- Servicio atención domiciliaria: 3.078 euros/persona año.
- Teleasistencia: 261 euros/persona año.

En España el número de personas atendidas por dichos recursos es:

- Atención residencial: 347.372 (4,38% de los >65 años).
- Atención residencial diurna: 70.607.
- Servicio atención domiciliaria: 394.403 (4,97% de los >65 años).
- Teleasistencia: 576.165.

Otra de las numerosas experiencias europeas determina que existen numerosos motivos que avalan la preferencia por la opción de servicios frente al modelo de ayudas económicas. Así, la calidad de los cuidados y la cualificación de los cuidadores, como un mayor control y planificación por parte de los gestores de casos, son los motivos más destacados. Los modelos que han optado mayoritariamente por la opción de ayudas económicas muestran una realidad en la que las cuidadoras informales, en su mayor parte mujeres familiares o trabajadoras de la economía informal, presentan a

menudo situación de sobrecarga. En cualquier caso, algunos países han minimizado los riesgos implícitos en un modelo de ayudas económicas a través de fórmulas de cheque-servicio en el que la persona percibe una ayuda que debe utilizar para contratar servicios de entre un listado de opciones distintas de cuidado.

Recuadro 2. Experiencias del uso de cheque servicio en Francia y Bélgica

En Francia el cheque servicio es una fórmula utilizada por más de 3,4 millones de hogares, aproximadamente el 13% de los hogares franceses. Incluye servicios de cuidados pero también domésticos. Son cheques de servicios pre-pagados que las familias reciben (pueden ser pagados por los municipios, empresas para sus trabajadores y también pueden comprar directamente para después utilizar contratando a personas individuales o empresas que forman parte de un catálogo autorizado y regulado de servicios. Más de 1,5 millones de trabajadores están implicados en esta red de cuidados. Como potencialidades destacan su eficacia para las familias en la contratación de cuidados de calidad y profesionales facilitando la conciliación, simplifica los trámites a las familias y hace emerger el empleo sumergido.

En Bélgica, un sistema similar de cheques servicio atiende a 760.000 personas, aproximadamente el 8% de la población belga (9% de los hogares con pensionistas) y da empleo a 140.000 personas.

(Angermnan y Eichhorst, 2013)

También, en este ámbito de servicios sociales los países que han avanzado en el reconocimiento de derechos de la población dependiente destacan su implicación en la mejora de la atención, el diseño de estrategias coordinadas con otros sistemas y el aumento de coberturas. El reconocimiento de derechos suele llevar implícito el establecimiento de un catálogo de servicios a los que las personas, si cumplen los requisitos de nivel de dependencia, pueden acceder a ellos (independientemente de si pueden costear parte de su coste). La existencia de estos catálogos ha ayudado a la estructuración y avance de un sistema de ayudas y servicios fragmentado y diversificado territorialmente. Igualmente conlleva un control público sobre la definición, cualificación precisa y estándares de calidad de la atención.

Recuadro 3. Ley del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia en España

En España en 2006 se aprueba la Ley del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia (SAAD). En un modelo de baja cobertura, naturaleza asistencial y fragmentado como el español, esta ley constituye un importante avance. Por primera vez se reconoce el derecho de las personas dependientes a recibir apoyo para ser autónomas. La Ley fue el resultado de años de trabajo y movilización de distintos agentes sociales: municipios, colectivos profesionales vinculados con la intervención social, entidades sociales de discapacidad y mayores, expertos del mundo de la Universidad, técnicos del sistema de seguridad social y otros agentes sociales. El trabajo fue publicado en “El Libro Blanco de Atención a la Dependencia” (2004) y posteriormente la ley fue aprobada, aunque con un proyecto más limitado que el inicial. A grandes rasgos, el modelo propuesto en el texto era el siguiente:

- De cobertura universal: destinado a todas las personas dependientes, estableciendo una escala de medición de la dependencia que incorpora, además de las cuestiones de salud y discapacidad (de más trayectoria de medición y reconocimiento), otras dificultades que tienen que ver con el desempeño de actividades de la vida diaria debido a la edad/problemas de movilidad/obesidad/pérdida de memoria, etc. (circunstancias con menos trayectoria de medición).
- Organiza la atención en base a diagnósticos individuales de la dependencia que incluyan las características específicas de cada caso (nivel de dependencia, situación sanitaria, social,

apoyos familiares, circunstancias de la vivienda, etc.) y valoraciones profesionales que den lugar a Planes Individuales de Atención. Dichos planes pueden conllevar la complementariedad de diversos servicios en función de la valoración profesional, disponibilidad de recursos y preferencias de las personas atendidas. Se apuesta por un diseño específico en cada caso de planes de atención que puedan requerir apoyo domiciliario (sanitario/social o tareas domésticas); apoyo residencial (de días, fines de semana, estancias cortas, o estancias permanentes); apoyo a cuidadores informales y otros.

- Se destaca la prioridad a los servicios frente a las prestaciones económicas, por entender que contribuyen a mejorar la calidad de la atención, favorecer la emergencia de la economía informal etc.

- El modelo promueve la necesaria coordinación socio-sanitaria, instando a las redes de servicios sociales y sanitarios a colaborar tanto en la elaboración de los diagnósticos como en la ejecución de los planes de cuidados en los domicilios.

Este era el modelo propuesto sobre el papel (destacado como buena práctica en su proyecto). Sin embargo, la ejecución posterior de la Ley y su situación actual, en 2014, dista mucho del modelo descrito. Los obstáculos que han impedido el desarrollo del modelo son diversos:

- Antes de ser aprobado el texto, el propio gobierno ante la dificultad de subir impuestos o cotizaciones, optó por un modelo de protección asistencial destinado únicamente a personas dependientes con bajos ingresos.

- La Ley de rango estatal establecía sólo una parte de la financiación y obligaba a las regiones a disponer del resto, algunas de ellas se negaron y ha habido una implicación muy desigual.

- Desde 2008 las políticas de austeridad implantadas en contexto de crisis económica han bloqueado la apuesta por un aumento del gasto destinado a su aplicación.

- La ausencia de nuevos fondos y la insuficiencia de la red de recursos existentes (atención domiciliaria, residencias, centros de día) ha impedido el despliegue del modelo orientado a la prestación de servicios.

- La mayor parte de las regiones ha optado por la fórmula más barata (contemplada en la ley como una opción excepcional para algunos casos) que es la “Ayuda económica para familiares cuidadores” (establecida en unos 400 euros mensuales de media). En España se mantiene por tanto la responsabilidad el cuidado en el seno familiar en condiciones de desigualdad para las mujeres y un amplio sector de economía informal.

Como resultado, aunque el proyecto inicial fue ambicioso, la aplicación está suponiendo un avance todavía limitado. Todas las regiones están muy por debajo de la cobertura del conjunto de las situaciones de dependencia, se ha empezado por las personas más dependientes y de manera progresiva, aunque muy lenta, se plantean ampliar a otros grados en el futuro.

Buena Práctica: Servicio de Ayuda Domiciliaria en Álava, España

La provincia de Álava, situada dentro de la comunidad autónoma de País Vasco (España) tiene una población próxima a los 323.000 habitantes y cuenta con cerca de 55.000 personas mayores de 65 años.

Como anteriormente se mencionaba, a pesar de que el servicio de atención a domicilio es un servicio existente en todas las comunidades autónomas españolas, su nivel de cobertura es muy distinto entre estas, ya que, a pesar de estar incluida en el Plan Concertado de Prestaciones Básicas estatal, depende de la cofinanciación regional y municipal. Así, mientras en el conjunto de España la tasa media de personas mayores de 65 años atendidas es del 3,6%, en Álava roza el 9,7%, la tasa más elevada del país.

Con 5.310 usuarios atendidos en 2010 el objetivo del programa es mejorar la calidad de vida de las personas que, bien por edad o discapacidad, tienen falta de autonomía. Para suplir estas carencias existe una composición

multidisciplinar de trabajadores del servicio (1.050 en 2010), contando con trabajadores/as sociales (diagnóstico, planificación y seguimiento de los casos) y trabajadores familiares (encargados/as de las tareas de cuidado a domicilio). Con una proporción de 5 beneficiarios directos por trabajador el número de horas por mes y usuario es de 29 (18 para el conjunto de España), donde las tareas realizadas se centran en el apoyo personal, doméstico y educativo en el domicilio de la persona dependiente. Con ello se pretende aumentar la autonomía personal y facilitar la integración y participación en la vida social, romper el aislamiento y contribuir a dar seguridad a las personas que viven solas, evitar el deterioro personal o familiar, contribuir a la creación de hábitos que mejoren las condiciones de vida y ofrecer una alternativa a la salida del hogar y al ingreso en un centro residencial.

Este programa presenta una serie de potencialidades y limitaciones (en general de todos los programas de atención domiciliaria municipales). Entre las del primer grupo se encuentran la elevada satisfacción de las personas dependientes y sus familias con los apoyos recibidos, la mejora de la autonomía de las personas participantes y el mantenimiento del nivel de integración, aumento de las capacidades, habilidades y relaciones de las personas, en ocasiones en situación de aislamiento debido a su dependencia.

No obstante, también surge una serie de limitaciones en el ámbito de la intervención. Por un lado, la ratio de cobertura del servicio es demasiado baja debido a una creciente demanda del número de casos y del número de horas requerido. Como consecuencia de esto, el esfuerzo por mantener índices de cobertura lleva a disminuir tiempos de atención.

Ejemplo de red de servicios sociales de Atención a la Dependencia en Navarra, España

La red de servicios sociales destinados a población mayor en Navarra está compuesta por una serie de servicios y prestaciones económicas organizadas y financiadas por competencia del gobierno regional, sección de servicios sociales. En algunos casos existe cofinanciación municipal o del usuario.

El acceso a estas prestaciones y servicios se realiza a través de la puerta de entrada constituida por los centros de servicios sociales de base (atención primaria) extendidos en el territorio, quienes informan y derivan mediante informes sociales a los servicios y prestaciones de la sección regional. En la siguiente tabla se presenta un listado de las prestaciones y servicios existentes.²¹

²¹ En la tabla faltan apartados por no contar con datos, partidas menores.

Tabla 13. Prestaciones y servicios de la sección de a mayores y dependientes en Navarra (2008) Financiación y número de beneficiarios/as

	Presupuesto	Nº Personas
Presupuesto regional Dependencia 2008	100.067.475	
Atención Residencial	33.653.331	2.617
Centros de atención diurna	1.132.298	238
Ayudas económicas para atención domiciliaria (ayuda media 460 euros/mes usuario)	34.832.712	7.608
Servicio de Atención Domiciliaria	7.121.017	3.976
Servicio Telefónico de Emergencia	758.902	7.187
Ayudas económicas para compra ortopedia, etc.	434.415	730
Promoción de la autonomía (prevención: clubs de mayores, programas de piscina, ocio, etc.)	22.134.800	93.700

Fuente: elaborado a partir de Memoria Asuntos Sociales y Dependencia (2008).
Departamento de Asuntos Sociales, Familia, Juventud y Deporte de Gobierno de Navarra.

Esta red presenta tres grandes potencialidades. En primer lugar, esta comunidad autónoma realizó una fuerte apuesta por un modelo residencial a lo largo de los años noventa y dos mil que ha dado lugar a una amplia oferta de plazas de financiación pública. La tasa de cobertura residencial es de 6,04 por cada 100 mayores de 65 años. Muy por encima de la media española de 4,8% (IMSERSO, 2010). Asimismo, ha producido un incremento progresivo de los servicios y prestaciones domiciliarias destinados a personas mayores, sobre todo a partir de la puesta en marcha de la Ley de Autonomía y la Atención a la Dependencia que ha extendido la fórmula de ayudas a las familias para la contratación de servicios domiciliarios. Por último, existe un fuerte esfuerzo en los programas preventivos que fomentan el ocio y el asociacionismo de las personas mayores con el fin de prevenir situaciones de dependencia y aislamiento.

Por el contrario también existen una serie de limitaciones empezando, como norma general, en la falta de ajuste a la demanda y preferencias de los usuarios con modelo residencial, generando problemas de accesibilidad para una parte importante de la población de recursos bajos o intermedios. Quienes se encuentran justo por encima del baremo establecido para las plazas orientadas a población de bajos ingresos deben hacer frente a fuertes pagos de plazas residenciales privadas. Además, la cobertura de los servicios municipales de atención domiciliaria es limitada (3,6% frente al 5% estatal. IMSERSO, 2010). Aunque hay un modelo extendido de ayudas económicas de cuantía media (460 euros al mes), resulta insuficiente para la contratación de servicios por parte de las familias. Se ha generalizado que las familias se queden con la ayuda y sigan realizando los cuidados, a menudo en situación de sobrecarga para muchas mujeres. Por último, cabe señalar la existencia de limitaciones de recursos humanos en los servicios de la red primaria para llevar a cabo funciones propias del trabajo de casos en este ámbito: diagnósticos personalizados, planes de cuidado, coordinación con salud, acompañamiento y fomento de las redes sociales.

4.3. Servicios sociales destinados a promover la inclusión social

La inclusión social de personas alejadas del mercado de trabajo ya era una preocupación para los países miembros de la Unión Europea antes del fuerte impacto de la crisis iniciada en 2008 en los mercados laborales. Al alejamiento del mercado laboral de las personas con discapacidad, problemas de drogas o marginación, se une ahora la preocupación por el desempleo de larga duración, sobre todo de personas jóvenes.

La Unión Europea ha consensuado un indicador integrado para medir el riesgo de pobreza y exclusión social: AROPE²². El indicador pretende trascender de la dimensión exclusivamente económica de la pobreza e incluir otras dimensiones como el empleo o las privaciones. De tal manera que incorpora los tres sub-indicadores siguientes²³: i) la tasa de riesgo de pobreza después de transferencias sociales (menor o igual al 60% de la renta mediana equivalente en cada país), ii) la privación material severa de bienes²⁴ y iii) los hogares que presentan muy baja intensidad de empleo.

De la observación de este indicador se desprende, en primer lugar, la fuerte distancia social de los modelos europeos también en este ámbito, y en segundo lugar la evolución generalizada negativa del indicador desde 2007 (23,3) como consecuencia de la crisis económica.

Tabla 14. Porcentaje de personas en riesgo de pobreza y exclusión social en distintos países europeos, 2012

	AROPE %	Personas en riesgo de pobreza %	Personas que viven en hogares que sufren privaciones materiales severas %	Personas que viven en hogares con baja intensidad de trabajo %
Dinamarca	19,0	13,1	2,8	11,3
Alemania	19,6	16,1	4,9	9,9
Francia	19,1	14,1	5,3	8,4
Reino Unido	24,0	16,2	7,8	14,3
España	28,2	22,2	5,8	13,0
UE 27	24,8	16,9	9,9	10,5

Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida, Eurostat.

El indicador de pobreza y exclusión es una herramienta útil para conocer, en un nivel macro, el impacto del mercado laboral en la realidad social; el efecto amortiguador de las políticas sociales en términos generales o la demanda potencial de determinadas prestaciones destinadas a la inclusión social:

²² At Risk of Poverty or Social Exclusion.

²³ Las personas se cuentan solo una vez en el caso de estar incluidas en más de un indicador de riesgo de pobreza o exclusión social de los mencionados anteriormente. Este indicador no se aplica a las personas de 60 y más años.

²⁴ Falta de acceso a 4 de una lista de 9 bienes considerados básicos: televisor a color, teléfono, lavadora, coche, realizar una comida de carne pescado o vegetales al menos cada dos días, mantener la casa con calor adecuado, tener unas vacaciones anuales, pagar una letra o alquiler y afrontar gastos imprevistos.

políticas activas de mercado de trabajo, prestaciones de desempleo, rentas condicionadas, etc.). Con este indicador las instituciones europeas y los países miembros miden la evolución de la estrategia europea coordinada a favor de la inclusión social. Sin embargo resulta de menor utilidad para conocer la demanda específica de programas vinculados con las redes de servicios sociales, como es el caso de los programas de acompañamiento social.

Las redes de servicios sociales presentan potencialidades importantes en el trabajo de inclusión social. La extensión en el territorio de los servicios sociales de atención primaria o de información y acceso al conjunto de las redes especializadas permiten una importante labor de detección de los casos de exclusión. Por un lado, a través de la coordinación en el terreno con profesionales del sistema sanitario, educativo y de otras oficinas municipales. A través de la información dada por familiares y vecinos en las propias oficinas. Por otro lado, a través de la tramitación y gestión del acceso a prestaciones, los/as profesionales de la atención primaria detectan situaciones de acumulación de problemáticas y aislamiento, presentes en los hogares. Es el caso de la tramitación de rentas condicionadas, prestaciones y ayudas a personas con discapacidad. Más allá de la demanda planteada por la familia, los/as trabajadores sociales detectan la necesidad de otros procesos de intervención más intensos basados en el trabajo de casos y la metodología del acompañamiento social.

Las personas en situación de mayor vulnerabilidad necesitan altas dosis de apoyo para construir un itinerario de inserción de mejora de sus condiciones de vida. Las prestaciones de carácter económico y el acceso a determinados servicios aunque necesarios, no son suficientes. Hace falta otro tipo de apoyos y prestaciones de carácter técnico como el trabajo de casos y la técnica de acompañamiento social para favorecer la mejora de las situaciones y en última instancia su autonomía.

Existe una larga trayectoria de relación entre las redes de servicios sociales y la gestión de rentas condicionadas. Ni la esencia ni la especialización de los servicios sociales consiste en ser gestores de ayudas económicas. Sí es cierto que, en ausencia de otras formas de protección, estas ayudas constituyen una herramienta para la subsistencia de los hogares, sin la cual sería imposible construir planes de cuidado, protección o incorporación socio-laboral. De hecho, la gestión de estas rentas permite a los servicios sociales una labor de detección de casos a los que sería difícil acceder de otra forma. Igualmente la concesión de la ayuda a las familias favorece procesos de relación contractual sobre los que articular diversos compromisos de avance en la incorporación social de las familias. Sin embargo, la gestión de las ayudas también tiene consecuencias negativas para la acción de los servicios sociales. La presión de la demanda y la gestión de las solicitudes a menudo colapsa con labores burocráticas la intervención de profesionales sociales y dejan poco margen para el trabajo social individual, de grupos o comunitario. Por otro lado, la denegación de las mismas también puede suponer un bloqueo de partida a cualquier relación de ayuda. Es por ello, que en los modelos en los sistemas de garantía de ingresos dan protección también a las situaciones de pobreza, y los servicios sociales se han centrado más en las funciones técnicas de apoyo profesional a la incorporación social y laboral.

Podía afirmarse que, en general, las redes de servicios sociales siguen muy vinculadas a la gestión de prestaciones sujetas a demostración de necesidad orientadas a población en situación de pobreza. Sin embargo, se reconoce un desarrollo más heterogéneo y en general más limitado de la función de incorporación social de colectivos excluidos. De hecho, el Informe Conjunto sobre Protección e Inclusión Social del Consejo Europeo (Consejo Europeo, 2009) identifica el desarrollo de acciones de inclusión social como uno de los retos prioritarios en el futuro inmediato de los sistemas de servicios sociales. Este informe incluye, además, una recomendación explícita sobre la conveniente separación del desarrollo de estas dos líneas de acción: la garantía de ingresos y el trabajo de inclusión social.

Es complejo estimar la demanda de estos procesos de inserción social puesto que hay personas en situación de desempleo, pobreza y privación que no precisan procesos de acompañamiento más allá de la garantía de ingresos para favorecer la cobertura de sus necesidades básicas o programas de activación (oportunidades formativas o de empleo subvencionado). Sí es cierto que, en algunos casos, la falta de empleo y la pobreza es un camino que lleva a situaciones complejas de conflictividad familiar, abuso de alcohol o drogas, problemas de salud física y mental. Pero no todos los casos sufren estos itinerarios de deterioro gracias a las oportunidades que encuentran en el mercado o en los sistemas de protección, gracias a los apoyos recibidos (familia, amigos, profesionales), o gracias a las propias estrategias de salida personales y familiares (capacidades, conductas, actitudes, estados de salud, etc.).

En el lado opuesto, hay personas que no se encuentran en situación de pobreza por la existencia de rentas en el hogar y apoyo familiar y, sin embargo, su situación de discapacidad, consumo de sustancias o alcohol les mantienen excluidos/as de la sociedad: del empleo, de la participación social, de las redes sociales o del ocio. Estas personas también son susceptibles de intervenciones de acompañamiento social que permitan mejorar su situación de integración a partir del trabajo profesional de educación, motivación y de la aplicación de recursos de empleo, ocio, etc.

Tan solo los diagnósticos sociales profesionales son los que pueden determinar los casos que precisan trabajo social de casos y acompañamiento, así como la duración e intensidad del mismo.

Los retos europeos en materia de inclusión social

En los años ochenta la Unión Europea afronta una clara estrategia de lucha contra la pobreza económica. En un contexto de crecimiento económico y extensión de los sistemas de protección social, el objetivo era erradicar las formas marginales de pobreza a través de la extensión de programas de renta condicionada y proyectos de inserción social. Sin embargo, a partir de la cumbre de Lisboa en el 2000, en un contexto de mayor competencia internacional y destrucción de empleo tradicional, el objetivo es conseguir una Europa cohesionada y luchar contra la exclusión del mercado laboral desde estrategias de inclusión activa.

La protección de la pobreza y la exclusión habían sido competencia regional y local, mayormente asumida por los servicios sociales de naturaleza

asistencial. Por ello se plantea la necesidad de emprender estrategias integrales en la lucha contra la exclusión social que impliquen a nivel nacional acciones coordinadas desde el conjunto de sistemas (empleo, sanidad, educación, garantía de ingresos y servicios sociales).

El acceso universal a sistemas de protección como la educación, sanidad y la extensión de la garantía de ingresos no garantiza la atención de todas las personas, habiendo así colectivos vulnerables que no acceden al conjunto de derechos sociales. Se plantea como reto conseguir el equilibrio entre la extensión de servicios universales a familia, dependencia y el trabajo focalizado con colectivos vulnerables, con el fin de mejorar su accesibilidad a los servicios.

Desde el año 2008 el fuerte incremento del desempleo ha empeorado las condiciones de vida de muchas familias sin acceso a recursos económicos. Igualmente, las prestaciones de desempleo y las rentas garantizadas tienen un fuerte incremento de la demanda y empiezan a mostrar síntomas de agotamiento, viéndose, incluso, afectadas por recortes de gasto público. El mayor reto en estos días, especialmente en los países más azotados por la crisis, es evitar el deterioro de una parte de la población excluida del empleo y la erosión de las prestaciones y servicios existentes por los recortes producidos en el gasto social.

Una aproximación comparada de las redes de servicios sociales destinados a la inclusión

El análisis cuantitativo del esfuerzo que los países dedican a los programas destinados a la integración de personas en situación de exclusión es sumamente complejo. Tal y como hemos visto, en Europa existe el reto de favorecer acciones coordinadas de inclusión social, pero todavía hay grandes diferencias en el nivel de consecución de dicho reto.

En la actualidad encontramos modelos en los que la lucha contra la exclusión sigue permaneciendo en los servicios sociales, y por tanto se articula a través de programas de renta condicionada y programas de inserción. No obstante, en otros países se ha logrado cierta implicación de otros sistemas, y por este motivo forman parte de sus planes de inclusión medidas activas de mercado laboral, apuesta de servicios familiares como clave en la lucha contra la pobreza infantil o la consecución de servicios a dependientes para favorecer la inserción laboral de desempleados. Veíamos en el apartado de familia y menores cómo el objetivo prioritario del sistema es la lucha contra la pobreza infantil, y para ello países como Dinamarca incluyen en dicho sistema acciones para favorecer la integración laboral y social de los padres, o la atención de 0-3 años de los menores de estas familias. Este esfuerzo estaría contabilizado en el sistema de familia y no en el de exclusión.

Es por ello que resulta tan complejo el abordaje comparado del esfuerzo de los distintos modelos en este ámbito. Sin embargo, hemos optado aquí por detallar tres partidas específicas (no incluidas en el análisis anterior de servicios a familia y menores y dependencia) y que guardan estrecha vinculación con las funciones de integración de personas excluidas: el esfuerzo dedicado a discapacidad, vivienda y las partidas que los países especifican como propias de exclusión social. En este último caso, la partida

constituye un cajón de sastre difícil de detallar. Suele incluirse en dicha partida el coste de programas muy específicos destinados a personas drogodependientes, en prisión, atención a refugiados, etcétera. Por este motivo este volumen no es del todo representativo del esfuerzo destinado en las redes de servicios sociales a personas en situación de exclusión. Una dificultad añadida es la falta de información y datos debido a la responsabilidad municipal de la mayor parte de los programas destinados a población excluida.

Tabla 15. Volumen de gasto social por habitante destinado a discapacidad, vivienda y exclusión (euros, PPA), 2010

	Discapacidad	Vivienda	Exclusión
Dinamarca	1.233	204	285
Alemania ²⁵	679	203	43
Francia	528	222	206
Reino Unido	607	377	54
España	414	51	53
UE 27	529	143	106

Fuente: Eurostat SEEPROS.

En el terreno de la discapacidad se destaca el modelo danés por contar con un modelo de protección más amplio, articulado en programas y servicios de inserción, rehabilitación y cuidado domiciliario de las personas con discapacidad. El resto de países focalizan su esfuerzo más limitado en ayudas económicas y atención residencial.

En cuanto a la partida de vivienda resulta algo más igualitario el esfuerzo, salvo el caso de los países mediterráneos, en los que apenas se ha desarrollado una política social pública de vivienda. En relación al gasto per cápita destinado a programas orientados a población excluida, tanto Dinamarca como Francia destacan por mantener un esfuerzo comparativamente más elevado. La lectura en millones de euros nos permite dimensionar económicamente los distintos niveles de esfuerzo en función del tamaño demográfico del país.

Tabla 16. Gasto destinado a prestaciones y servicios que protegen la discapacidad, vivienda y exclusión (en millones de Euros) para diferentes países europeos, 2009²⁶

	Dinamarca (7mill. hab)	Alemania (82 mill. hab)	Francia (65 mill hab)	Reino Unido (63 mill hab)	España (47 mill hab)
Discapacidad	9,1	55,0	36,0	45,0	18,0
Vivienda	1,5	16,0	15,0	23,0	2,1
Exclusión	2,1	3,5	14,0	3,4	2,5

Fuente: Eurostat SEEPROS.

Por último, aunque forme parte de los sistemas de empleo, algunos países han conseguido que desde estos sistemas se diseñen y financien acciones

²⁵ No incluye las prestaciones destinadas a la dependencia integradas en el sistema de pensiones.

²⁶ Esta tabla solamente incluye las partidas de gasto más importantes sobre las que había datos disponibles, por tanto el total no es el sumatorio de los datos visibles.

específicas destinadas a población excluida. En Dinamarca, Francia y también en el Reino Unido se ha producido un esfuerzo por parte de los sistemas de empleo por diseñar programas específicos para colectivos en situación de exclusión: personas con discapacidad, hogares monoparentales, jóvenes con consumos de sustancias y otros. Tampoco este esfuerzo es fácil de contabilizar en las acciones de integración social.

En este ámbito de mayor diferenciación entre países, donde resulta más difícil referirse a los modelos de bienestar, es necesario descender al nivel nacional, regional e incluso local para conocer las estrategias destinadas a la integración de personas excluidas. A continuación se realizará una aproximación por países:

i) Dinamarca y Francia

La estrategia de inclusión es prioritaria a nivel nacional, existiendo ministerios que centralizan la responsabilidad (p.e. *Ministerio de Integración en Dinamarca*), implicando acciones de todos los sistemas de protección, empleo, sanidad, educación y servicios sociales. Existe una elevada coordinación entre ellos y dotación de financiación compartida.

La acción por la inclusión se concibe como un equilibrio entre el mantenimiento de la accesibilidad universal a la cobertura de las necesidades sociales de sanidad, educación, vivienda, conciliación familiar y dependencia; y las acciones focalizadas con colectivos vulnerables para garantizar su integración. De este modo son prioritarios dentro de las acciones de inclusión: la inversión en políticas activas de mercado laboral para toda la población y para colectivos vulnerables y los servicios a las familias incluyendo atención 0-3, cuidados domiciliarios para las personas dependientes, vivienda y mejora de las condiciones de salud.

ii) Alemania

La estrategia de inclusión se orienta hacia la prioridad de crear empleo y favorecer el regreso al empleo de los desempleados. De esta forma se pone el énfasis en la búsqueda de fórmulas que favorezcan la contratación utilizando diferentes tipos de contrato o subvenciones a las empresas para la contratación por ejemplo. En contraste, el esfuerzo específico destinado a las personas más alejadas del mercado de trabajo es más limitado.

La administración y los servicios sociales conciertan con entidades sociales de carácter no lucrativo la atención a colectivos excluidos a través de subvenciones, con las que desarrollan proyectos de inserción para usuarios de dichas entidades: inmigrantes, jóvenes y drogodependientes, entre otros. La coordinación entre los distintos sistemas de protección en este ámbito no está institucionalizada y la acción de inserción está fragmentada a nivel regional y municipal.

iii) Reino Unido

En este país se realiza una fuerte apuesta por la inclusión social desde inicios de los años 2000 a través del llamado *new deal*. Esta estrategia articulada a nivel estatal y con una fuerte apuesta de financiación está orientada a favorecer la vuelta al mercado de trabajo de las personas más alejadas de él; sobre todo perceptores de rentas mínimas, personas con discapacidad, jóvenes, drogodependientes y hogares monoparentales. Para su desarrollo

establece una red de programas y ayudas de activación por el empleo. El trabajo personalizado de orientación laboral se encuentra en el eje de toda una red de centros de orientación laboral, estímulos económicos a la contratación, desgravaciones fiscales y planes de formación.

El modelo británico cuenta también con un desarrollado sector de vivienda social destinada a familias de bajos recursos que da cobertura eficaz a esta necesidad social tan decisiva en los procesos de integración.

iv) España

Las acciones de inclusión social son competencia regional y municipal, y aunque existen diversos planes de acción integral que tratan de implicar al resto de sistemas de protección, la mayor responsabilidad en este ámbito lo mantiene el sector de servicios sociales. Se exceptúa el caso del País Vasco y Navarra, donde se han conseguido la implicación de los departamentos de empleo y vivienda en términos de financiación y gestión de programas específicos. De la realidad española destaca la desigualdad de recursos destinados a este ámbito de competencia regional. De la misma manera, el diverso nivel de desarrollo social y económico ofrece un mapa muy diverso de la pobreza y la exclusión. De hecho, la tasa de personas en riesgo de pobreza y exclusión (ERPE²⁷) en España fue del 28% en 2008, considerablemente menor en Navarra (10%), en País Vasco (15%), en Cataluña (19%) y en Madrid (18%). Por el contrario, la tasa ERPE asciende al 41% en Extremadura y Andalucía.

Las principales acciones en este sentido se articulan en torno a las rentas mínimas y los programas de inserción vinculados a ellas (empleo protegido y proyectos de inserción y acompañamiento) gestionadas en gran parte por entidades de iniciativa social. La saturación de las redes de atención primaria de servicios sociales con funciones de información y acceso a prestaciones lleva a que la atención a personas excluidas acabe siendo prestada por entidades sociales como Cáritas, Cruz Roja y multiplicidad de organizaciones que, a través de subvenciones públicas, actúan en el terreno de la exclusión. En la actual crisis económica el volumen de demanda de los servicios y prestaciones de carácter urgente y asistencial han visto sobrepasada su capacidad de respuesta, mientras que al mismo tiempo se han producido serios recortes en la financiación pública.

Lecciones aprendidas de la experiencia europea en redes de servicios sociales orientadas a la inclusión social

Las evaluaciones de los Planes Nacionales de Inclusión Social ejecutados en los países miembros desde comienzos de los años 2000 permiten identificar algunas estrategias que apuestan eficazmente a favor de la integración de personas excluidas. Para conseguirlo combinan el triple esfuerzo de mejorar la accesibilidad y cobertura de las rentas mínimas; invertir en el diseño de políticas de activación que favorezcan mercados laborales inclusivos, así como acciones que se adapten a la población más alejada del mercado laboral; y apostar por la extensión de servicios sociales de calidad en el ámbito de la familia, la dependencia y la inserción social.

²⁷ También conocida como AROPE por sus siglas en inglés: *At-Risk of Poverty*.

Los estados que han avanzado más en la implementación de sus estrategias son los que han conseguido poner en marcha acciones integrales que implican a diversos ministerios, tanto en financiación como en adaptación de sus políticas de empleo, educativas y sanitarias para hacerlas accesibles a las personas excluidas. En esta estrategia resulta decisiva la colaboración en el plano local con los servicios sociales en la definición del perfil de las personas excluidas.

Para apoyar la inserción laboral existen programas destinados a incrementar el nivel de empleabilidad de algunos colectivos (madres solteras, residentes en áreas rurales o trabajadores estacionales). En este caso se recomiendan programas de activación especialmente diseñados para estos colectivos en situación de exclusión. Los programas más recomendados son empleos subsidiados y asistencia personalizada en la búsqueda de empleo.

Dinamarca vuelve a ser un ejemplo de éxito en este apartado, creándose en 2011 más de 5.000 oportunidades de formación para el empleo en empresas a las que se le pagaba ese período de formación. En Copenhague el “Centro para el progreso y la formación laboral”, también conocido como “la casa del desarrollo”, está dirigida la orientación laboral de personas receptoras de rentas garantizadas. Su estrategia es establecer planes personalizados de apoyo psicológico y social y cuentan con plazas de interinidades de 3-6 meses para adquirir experiencia (Blades, 2012).

En España las Escuelas-Taller orientadas a jóvenes en desempleo de entre 18 y 25 años favorecen formación laboral durante de 6 meses en los que las personas participantes tienen un salario. Estas escuelas cuentan con profesionales sociales que realizan acompañamiento social en el contexto de aprendizaje del oficio. Además en ocasiones están vinculadas con empresas que favorecen salidas laborales a la finalización del curso. Como beneficios, profesionales y participantes destacan la mejora de la cualificación, la autoestima, la pertenencia al grupo, la protección económica y la inserción laboral. Actualmente algunos municipios las vinculan a salidas laborales relacionadas con la atención a la dependencia.

En relación con los programas de renta mínima, los países con mayores tasas de cobertura muestran preocupación por que las cuantías se adapten a la situación actual de precios, coste de la vivienda y otros. En los países donde la cobertura es baja, el reto se encuentra en garantizar unos ingresos básicos a toda la población. Así, Holanda ha emprendido una reforma de su programa de renta mínima incluyendo además de la prestación, complementos para gastos extraordinarios o la opción de acceder a un empleo subvencionado. En Bélgica se emprende el proyecto W2 (Work and Welfare), que reconoce el derecho a las oportunidades de empleo y mejora de las condiciones de vida a través de la oferta doble de prestaciones económicas y programas de formación y empleo (European Commission, 2012).

Respecto a las acciones de activación la experiencia muestra que las personas más alejadas del empleo no acceden o no se benefician del efecto de las políticas de formación y cualificación para desempleados. Estas normalmente no se encuentran adaptadas a las circunstancias especiales de esta población: nivel de cualificación, habilidades o disponibilidad horaria. Es común a muchas situaciones de exclusión social la presencia de cargas

familiares no compartidas, menores o mayores dependientes y el desempeño de actividades de economía irregular que impiden la disponibilidad real para participar en acciones formativas. El éxito de estos programas con población excluida radica en partir de la existencia de estas situaciones y diseñar las acciones en función de dicha realidad. Algunas de las acciones propuestas son los cursos o acciones con dotación económica, recursos de cuidados o diseñar contenidos cercanos a la actividad irregular desempeñada que permita regularizarla.

En relación con la activación de personas excluidas algunos países destacan la conveniencia de contemplar que algunos colectivos no son susceptibles de programas orientados a la integración laboral. La situación de discapacidad física, mental o su situación de dependencia a determinadas sustancias no hace adecuada la orientación laboral de la inserción. En Dinamarca se ha puesto en marcha un proyecto bajo la denominación *experimental pool*, cuyo objetivo es financiar a los municipios para que pongan en marcha acciones de activación destinadas a jóvenes desempleados. El objetivo es dotarles de becas económicas con el fin de favorecer su participación en actividades de distintas áreas: de cualificación laboral, pero también en los casos en los que no sea adecuado porque existen problemas más allá del desempleo: de participación social, cultural, ocio, deporte (Ministry of Social Affairs and integration. Denmark, 2012).

El problema de los bajos salarios aparece como un claro obstáculo a la integración y superación de las situaciones de pobreza. En este caso, además de las acciones de cualificación destinadas a superar la franja de los empleos precarios, se plantean como propuestas las medidas emprendidas por países como Bélgica, de establecer complementos económicos a los bajos salarios, o Reino Unido y Francia, de desgravación fiscal de las rentas más bajas del empleo.

En muchos países son las entidades no lucrativas las que han desarrollado una amplia experiencia en el desarrollo de proyectos de inserción social y laboral de personas excluidas. Por ello, las experiencias de partenariado con la economía social resultan muy exitosas en la consecución de objetivos de inserción. En Francia el sector social ha desarrollado un amplio abanico de iniciativas de empleo destinadas a la contratación de personas excluidas y/o con discapacidad, empresas sociales, de transición o permanente que además prestan servicios o producen bienes que aportan ya un 7,8% al PIB del país. Este sector da empleo a un 8% de la población activa. Precisamente muchas de estas empresas han creado empleo en el ámbito de la provisión de servicios a domicilio a personas dependientes y servicios de cuidado a menores. (European Commission, 2012).

Tal y como se destacó en el apartado de servicios de atención a familia y menores, los expertos destacan la eficacia de los servicios de cuidados a menores y mayores también en la integración social de colectivos excluidos. Existen numerosas evidencias de que la atención temprana de las dificultades en los menores entre 0-3 años atendidos en centros permite iniciar procesos de intervención mucho más eficaces con ellos y sus familias.

Se destaca la importancia del acompañamiento social indispensable en los itinerarios de inserción de los casos más intensos de exclusión social. Por

ejemplo, en Dinamarca en 2007 la Escuela de Administración Pública organizó 20 cursos sobre técnicas de acompañamiento social orientadas a más de 500 trabajadores sociales municipales. (Ministry of Social Affairs and integration, Denmark, 2012). En Luxemburgo, en 2011 el gobierno central puso en marcha 30 oficinas (1 por cada 6.000 habitantes) con el fin de organizar tareas de acompañamiento social para aquellos perceptores de renta mínima que precisaran procesos de trabajo más intensos. (De 10.000 perceptores 1.000 siguieron procesos de acompañamiento intensos). Las oficinas cuentan con una figura de dirección (trabajador/a social) que gestiona recursos y prestaciones económicas y contrata el acompañamiento social con entidades sociales o empresas especializadas (Ministere de la Famille Louxembourg, 2014).

En muchos procesos de exclusión los gastos excesivos de vivienda o la imposibilidad de acceder a una vivienda independiente se convierten en obstáculos que impiden los avances en la integración social. Los países con mayor cobertura de vivienda social (en compra o alquiler) previenen el deterioro de muchos procesos de exclusión que a menudo se desencadenan por los fuertes costes de la vivienda o la pérdida de la misma. Es el caso de muchas situaciones de pobreza y exclusión en los países mediterráneos en los que los elevados precios de la vivienda y la ausencia de políticas vivienda destinadas a la población de bajos recursos contribuyen al deterioro de las situaciones y al aumento del número de personas sin hogar. En este sentido la extensión de prestaciones o fórmulas que favorecen el acceso a la vivienda como las del Reino Unido, Francia o Dinamarca sirven de buena práctica para el resto de países.

Ejemplos de buenas prácticas llevadas a cabo en Navarra

A continuación se presentan tres ejemplos de buenas prácticas llevadas a cabo en la comunidad autónoma española de Navarra, relacionadas con los servicios sociales orientados a la inclusión social.

1. Equipos de Inserción Sociolaboral (EISOL)

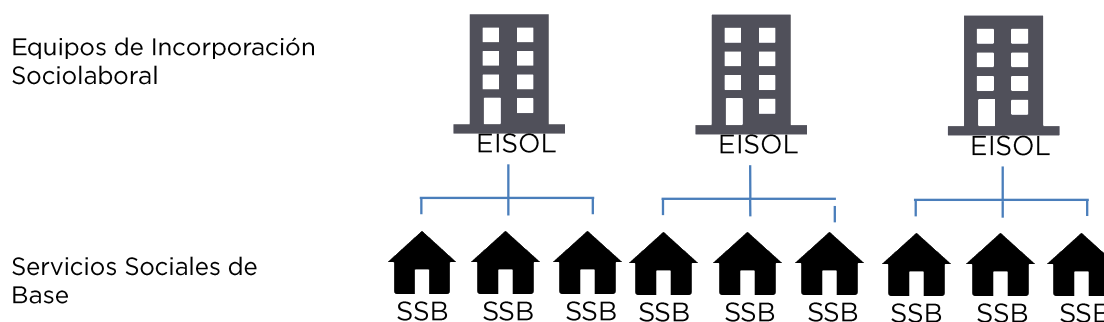
El objetivo de los Equipos de Inserción Sociolaboral (EISOL) es el trabajo de casos especializado con personas en situación de exclusión social en el nivel comunitario. El equipo, de carácter multidisciplinar, está compuesto como mínimo por un psicólogo, un trabajador/a social y dos orientadores laborales.

Principalmente, los EISOL cumplen dos funciones principales. Por un lado sirven como apoyo a los Servicios Sociales de Base de Navarra²⁸ en el acompañamiento social de personas en situación de exclusión social. Tanto los centros de servicios sociales primarios, como el EISOL valoran los casos

²⁸ Existen 55 centros de servicios sociales distribuidos por toda la geografía de Navarra (Plan concertado de prestaciones básicas establece 1/10.000 habitantes). En el mayor núcleo urbano, Pamplona, hay 11 centros. En ellos se ofrecen servicios de atención primaria que garantizan información y acceso a prestaciones y algunos programas mínimos de carácter comunitario: atención a personas sin hogar, atención domiciliaria a personas dependientes, incorporación social de personas con problemas de integración. Los equipos pequeños (mínimo 1 TS y 1 Administrativo) suelen encontrarse saturados con el programa de información y acceso y el de atención domiciliaria. La capacidad para realizar acompañamiento es escasa.

susceptibles de realizar acompañamiento social. Por otro lado, los equipos se coordinan con los recursos de formación y empleo de la zona, las entidades sociales que organizan actividades de ocio, etc.

Ilustración 4. Equipos de Incorporación Sociolaboral, Navarra



Fuente: elaboración propia.

En función de diagnósticos individualizados se diseñan planes individuales de incorporación sociolaboral de duración determinada y con revisiones periódicas. Se aplican recursos y se mantiene un proceso de acompañamiento que se articula en procesos terapéuticos, motivacionales, educativos y se establecen grupos con finalidad terapéutica, formativa o laboral.

Dentro de EISOL se encuentran cinco equipos para el trabajo de casos, en función de cinco demarcaciones que cubren toda la geografía de la región. Cada uno de los equipos da cobertura a varios Servicios Sociales de Base. El personal se compone por entre 5 y 10 profesionales (50% Trabajadores Sociales y 50% restante otros profesionales, orientadores laborales, educadores y psicólogos). Asimismo, el coste económico de 2008 ascendió a 491.346 euros, consiguiendo atender en ese mismo año 362 casos.

La intervención del equipo conlleva distintas potencialidades. En primer lugar es eficaz en el abordaje multidimensional de la exclusión. En estas situaciones los factores económicos, de salud y conflictividad interrelacionan perversamente en las situaciones y obstaculizan la participación laboral y social. El abordaje integral permite ir avanzando en la mejora de las condiciones de vida identificando momentos y recursos clave. Además, la figura del referente permite asumir la responsabilidad del caso centralizando todas las intervenciones, facilitando la coordinación y creando una relación de confianza y cercanía entre profesional y el caso con elevada eficacia en el proceso. Por último, la valoración y el diseño de los itinerarios se desarrollan en equipos multidisciplinares que ayudan a mejorar la eficacia de las intervenciones, crear grupos de usuarios, proponer programas de formación y empleo, y otros.

No obstante, la intervención también soporta limitaciones. En primera instancia la ratio número de casos/recursos profesionales es demasiado elevada debido a que, en los últimos años no sólo se produce un aumento de los casos sino una complejización de la situación de los mismos. Además, no

se ha producido una descentralización de recursos hacia estos equipos por lo que no cuentan con la decisión sobre prestaciones económicas, plazas de empleo, etc. Esto dificulta la agilidad y la utilización de recursos en los momentos precisos de la intervención. Por último, a pesar de que existe una buena coordinación con profesionales de entidades sociales, la coordinación con servicios de empleo y educación es más compleja debido a que no existen marcos institucionales que la faciliten.

II. Equipo de Incorporación Social a través de la vivienda en Navarra (EISOVI)

El EISOVI es un servicio de Incorporación Social a través de la vivienda, cuya finalidad es facilitar la incorporación social de personas afectadas por exclusión residencial grave. Mediante herramientas como el acompañamiento y la mediación en el acceso a vivienda el proyecto persigue garantizar la integración y autonomía personal de las familias en riesgo de exclusión social, ejerciendo así de recurso de intermediación que posibilita el acceso y la permanencia en una vivienda digna.

Este servicio es una prestación garantizada y gratuita en Navarra y forma parte de la Cartera de Servicios Sociales de la Comunidad. Este programa depende del Servicio de Atención Primaria e Inclusión Social del Departamento de Políticas Sociales y recibe derivaciones de las Unidades de Barrio de Pamplona, de los Servicios Sociales de Base de la Comarca de Pamplona y de entidades de iniciativa privada.

La asistencia se lleva a cabo por una unidad única para toda la red de servicios de Navarra, formado por 5 profesionales incluyendo trabajadores y educadores. Este equipo surge con el objetivo de lograr que las familias reúnan las condiciones necesarias para el acceso a una vivienda digna; apoyar la estabilidad y permanencia en la vivienda desde la mediación social en los conflictos que aparecen; informar, orientar y gestionar el acceso a la vivienda en propiedad para aquellas familias cuya posibilidad de adquisición es posible; y por último fomentar la incorporación social en el entorno, así como actitudes y actividades que favorezcan la tolerancia, el respeto y la convivencia familiar.

Las principales tareas que el programa desarrolla se centran en la valoración de la persona usuaria y su entorno, la elaboración de un plan de atención individualizado, el acompañamiento social, la ayuda a la búsqueda de vivienda, la mediación en el acceso a la vivienda y el seguimiento post-realojo. Por tanto, al ser un equipo de intervención sus principales herramientas de trabajo son el trabajo social, el seguimiento y la coordinación con servicios.

La estrecha unión con los y las profesionales de la atención primaria constituye uno de los potenciales de su intervención. Esta coordinación se articula en torno a reuniones de valoración donde se comparte información y diagnósticos, se realiza una búsqueda conjunta de recursos adecuados, solicitud de prestaciones y la asesoría a los y las profesionales de atención primaria en materia de vivienda.

La búsqueda de vivienda alternativa adecuada incluye la prospección de oferta inmobiliaria, la idoneidad de opciones de alquiler compartido y el estudio del arraigo de las zonas en la que se prevé la nueva ubicación.

La principal potencialidad de este servicio es que es un equipo tanto multidisciplinar como especializado en la situación de vivienda. Su carácter social hace de la intervención social una herramienta clave para atender más allá de la solución puntual a la exclusión residencial, trabajando por la incorporación social de una persona u hogar a través del acceso a la vivienda. Asimismo, supone un apoyo para los profesionales de los servicios de base ya que proporcionan información sobre las posibilidades de vivienda y los recursos existentes.

Por el contrario, la principal limitación es que este servicio no cuenta con recursos económicos ni residenciales propios que ayuden a paliar de manera urgente la exclusión residencial. El acceso a determinados recursos depende, por tanto, de la disponibilidad de ayudas, vivienda social en alquiler y compra y del propio acceso y condiciones de la vivienda en el mercado libre. La escasez de los recursos obstaculiza el proceso de acompañamiento social con las familias.

III. Empleo Social Protegido

El empleo social protegido es un programa destinado a perceptores de renta mínima en Navarra. Es gestionado por los municipios y financiado desde el Gobierno Regional, y su objetivo es ofrecer una contratación laboral directa a solicitantes de la renta mínima, para que así realicen trabajos vinculados con las actividades del municipio. La duración del contrato es de seis meses, el salario percibido por el trabajador supera en dos veces la cuantía de la renta mínima y la actividad tiene un alto contenido cualificante.

Composición de los equipos: en cada equipo hay un monitor/a de trabajo vinculado con la cualificación a desarrollar, un trabajador/a social encargada del acompañamiento de los participantes y un número variable de entre 6 y 12 trabajadores. En el año 2008 el programa acogió a 748 participantes, con un coste total de 5,5 millones de euros.

El programa es muy valorado tanto por participantes como profesionales debido a su elevada eficacia en la mejora de las condiciones de vida de los participantes. Las potencialidades del programa son múltiples: el contrato facilita una situación de protección económica mayor que la prestación económica; la condición de trabajador mejora la autoestima del participante respecto al de perceptor de prestaciones; el contrato permite la cotización a la seguridad social y el posterior acceso a prestaciones de desempleo, jubilación y otros; la cualificación profesional y la experiencia mejoran las posibilidades de empleabilidad de los participantes; el acompañamiento social por parte de los profesionales sociales se realiza a lo largo de seis meses de una manera flexible, informal y duradera; y las relaciones establecidas tanto con los monitores como con los trabajadores constituyen redes sociales nuevas, en su mayoría positivas para los participantes.

La larga lista de potencialidades tampoco impide que haya limitaciones presentes. Los profesionales destacan la escasa cobertura del programa y, en

ocasiones, si el contenido del contrato no es lo suficientemente cualificante o no está vinculado con salidas laborales pierde parte de sus objetivos.

IV. Ejemplo de red de servicios sociales de inserción en Navarra

La red de servicios sociales destinados a la inclusión en Navarra está compuesta por una serie de servicios y prestaciones económicas organizadas y financiadas por competencia del gobierno regional, existiendo en algunos casos cofinanciación municipal.

El acceso a estas prestaciones y servicios se realiza a través de la puerta de entrada constituida por los centros de servicios sociales de atención primaria extendidos en el territorio, quienes informan y derivan mediante informes sociales a los servicios y prestaciones de la sección regional. En este caso también se encargan de la tramitación de la renta de inclusión en Navarra, renta mínima destinada a las personas en situación de pobreza extrema, o sea, personas con menos del 30% de la renta mediana.

En 2008 hubo 3.162 perceptores, pero con el crecimiento de la tasa de paro y el agotamiento de las prestaciones de desempleo desde el inicio de la crisis económica en España ha aumentado ya a más de 7.000 perceptores en 2012. Además de la renta de inclusión y las ayudas extraordinarias (destinadas a la compra de bienes básicos, rehabilitación de vivienda, deudas, etcétera) existen determinados programas de inserción social destacados como buenas prácticas en España: Equipo de Inserción Socio-laboral, Empleo Social Protegido y Equipo de Integración por la Vivienda. A pesar de sus potencialidades los profesionales destacan que su cobertura es limitada.

En la siguiente tabla se presenta un listado de las prestaciones y servicios existentes²⁹.

Tabla 17. Prestaciones y servicios de la sección de inclusión de en Navarra (2008). Financiación y número de beneficiarios/as

	Presupuesto	Nº Personas
Servicios Inclusión	18.567.246	
Prestaciones económicas		
Renta de Inclusión	8.885.361	3.162
Ayudas Extraordinarias Inclusión	649.313	757
Servicios de Inserción		
Equipo de Inserción Socio-laboral	49.346	362
Empleo Social Protegido	5.526.659	748
Inserción Laboral en Empresas	49.399	22
Equipo de Inserción social en Vivienda	17.520	745
Subvenciones a entidades sociales que trabajan con exclusión (inmigración, gitanos, drogas, cárcel)	1.873.759	11.068
Servicios Discapacidad	52.931.763	
Prestaciones económicas	364.669	114
Ayudas técnicas	135.119	155

²⁹ En la tabla faltan apartados por no contar con datos, partidas menores.

Servicios de Inserción		
Centros de día	7.623.719	307
Transporte adaptado	488.704	238
Rehabilitación	981.514	155
Atención comunitaria personas salud mental	340.592	255
Acogimiento residencial	28.585.323	1.022
Promoción		
Centros ocupacionales empleo	5.413.079	819
Vacaciones	226.867	1.094
Actividades con entidades sociales	2.118.897	622

Fuente: elaborado a partir de Memoria Asuntos Sociales y Dependencia (2008).
Departamento de Asuntos Sociales, Familia, Juventud y Deporte de Gobierno de Navarra.

Esta red de servicios sociales tiene múltiples potencialidades, dado que en Navarra se ha avanzado en la planificación e innovación de los servicios destinados a personas excluidas; también se han realizado varios diagnósticos consensuados con las entidades sociales y existe un elevado nivel de planificación de la acción en la lucha contra la exclusión. Además, se ha reconocido como prestaciones básicas dentro del catálogo de prestaciones los equipos profesionales que basan su acción en el trabajo de casos y el acompañamiento en la inserción social. Adicionalmente, los servicios de empleo se implican en la financiación de determinados recursos destinados a población excluida: centros ocupacionales para discapacidad y centros de inserción para personas excluidas.

Por el contrario, entre las limitaciones de la red destaca la cobertura de los recursos de inserción, muy por debajo de las necesidades estimadas que son 30.000 hogares en situación de pobreza severa, además de la demanda de personas discapacitadas en desempleo no estimada. Seguido de esto, los equipos no cuentan con poder de decisión sobre los recursos gestionados (por ejemplo las rentas, ayudas y plazas de empleo social), lo que dificulta las tareas de acompañamiento. Por último, el contexto de crisis y la aplicación de recetas de austeridad han llevado al recorte de la renta condicionada estableciendo un límite temporal y de las subvenciones destinadas a entidades sociales, poniendo en riesgo la eficacia de la última red de protección social.

5. Los servicios sociales como generadores de empleo y crecimiento económico: la experiencia europea.

El empleo de servicios es el único que presenta tendencias de crecimiento en la última década en Europa. El sector servicios ocupó 71% de los trabajadores y generó 70% del Producto Interior Bruto en 2008. Dentro del sector servicios, los servicios sanitarios y sociales suponen una parte sustancial de los nuevos empleos creados desde el año 2000. Los servicios sanitarios y sociales crecen por encima de los servicios inmobiliarios y los servicios a las empresas. Entre 2000 y 2007 la tasa de ocupación en Europa se incrementó en 3,2 puntos (de 62,2 a 65,4), y 1 punto de este crecimiento corresponde al empleo relacionado con la provisión de servicios sociales y sanitarios. Diversos factores explican este crecimiento. En primer lugar, las

transformaciones sociales y demográficas de una población europea con una tasa de envejecimiento progresiva y una familia con menos capacidad protectora, debido a la incorporación de la mujer al empleo regular. Este hecho ha provocado un aumento de la demanda de cuidados externos a personas mayores y niños entre 0 y 3 años. En segundo lugar, se observa la importancia de la dinamización del sector de servicios de atención, cuidado y orientación de población en situación de exclusión desde el sector público. Con distintos niveles de desarrollo, los países europeos han ido reconociendo el derecho a prestaciones y servicios destinados a familias con personas dependientes o menores, lo que ha contribuido al incremento del empleo en este sector. Además, en los últimos años se ha producido una cierta orientación de la intervención pública hacia la provisión de servicios en detrimento de las prestaciones económicas. En 2001 el 68% del gasto social se dedicaba a prestaciones y el 32% a servicios, mientras que en 2006 la proporción de servicios alcanzó un 38% del gasto social y las prestaciones se redujeron al 62%.

El empleo vinculado con servicios sociales y sanitarios supone una media del 11% sobre el total de empleo en Europa y aporta un 9% del Producto Interior Bruto. A pesar de ello se aprecian diferencias significativas entre los distintos modelos. Como es lógico se observa una relación directa entre el volumen del gasto social y el volumen de empleo. Así, en los países del modelo escandinavo el empleo destinado a servicios sociales y sanitarios supone entre un 15 y un 18% del empleo total. En los países continentales Alemania, Francia, Bélgica, así como en el Reino Unido, este empleo representa entre un 8 y un 13% del total. En cambio, este empleo supone entre un 4 y un 8% del total en los países mediterráneos y del este de Europa.

Tabla 18. Empleo en servicios sociales y sanitarios en países representativos de los modelos europeos como porcentaje del empleo total (2007)

	% empleo en servicios sociales y sanitarios
Dinamarca	18
Alemania	11
Reino Unido	12
España	6

Fuente: Eurostat, SEEPROS

El sector de los servicios sociales es un sector de creciente interés por parte de las recomendaciones de la Unión Europea a los estados miembros. Desde el Consejo de Lisboa en 2000, se recomienda a los estados miembros el desarrollo de servicios que denomina “servicios de interés general” en los que incluye además de los sanitarios y sociales, servicios educativos y otros servicios comunitarios. Según la Comisión Europea el desarrollo de estos servicios permite conciliar dos objetivos básicos: la creación de empleo y el mantenimiento de la cohesión social a través de la mejora de la protección social, la mejora de la cobertura de los derechos fundamentales y la lucha contra la exclusión social.

En relación con este objetivo y a la luz de estudios realizados en los países miembros la Comisión Europea establece algunas recomendaciones:

- Favorecer la expansión de estos servicios con el fin de favorecer la accesibilidad de toda la ciudadanía.
- Establecer mecanismos de evaluación y mejora de la calidad de los servicios.
- Tratar de descentralizar la organización a nivel regional y local para poder adaptarlos a las necesidades sociales de cada territorio.
- Orientar los programas de lucha contra la exclusión hacia mecanismos de inclusión activa.
- En última instancia se recomienda su desarrollo bajo una lógica de sostenibilidad y viabilidad económica lo que da lugar a cierta confusión acerca de cuál debe ser el rol del sector público en la financiación y gestión de los mismos.

Como potencialidades de este empleo destacan por un lado su constante crecimiento vinculado al aumento de la demanda en un contexto de destrucción de empleo de otros sectores. El empleo de servicios sociales se articula en tareas de atención personal, y por tanto no sujetas a procesos de deslocalización, ni tampoco fácilmente reemplazables por avances tecnológicos. Una décima parte de las mujeres en Europa trabaja en este sector, alcanzando un 20% en los países escandinavos.

Como aspectos negativos, dado que buena parte de estas tareas las realizaron previamente las familias de manera informal ha podido incidir en un escaso reconocimiento social de este empleo. Este hecho se traduce en buena parte de los mercados laborales europeos estén en peores condiciones laborales. Así, se detecta en muchos países una fuerte presencia de empleo irregular (informal) en el sector de los cuidados a personas mayores dependientes, atención de 0 a 3 años y servicios de empleo doméstico. Además, la proporción de empleo a tiempo parcial y temporal es mucho más elevada que en el resto de sectores, así como unos salarios acusadamente más bajos.

De nuevo esta realidad varía en relación con los distintos modelos de bienestar y el grado de responsabilidad pública asumida en la protección de las personas mayores dependientes, los menores de edad o la atención a personas en situación de exclusión.

En el modelo escandinavo la responsabilidad de la gestión pública ha dado lugar a una amplia red de servicios formales, cualificados, con una retribución no alejada del resto de sectores y de elevada coordinación con el sector sanitario y con los cuidadores informales familiares.

En el modelo continental, en el que se mantiene un fuerte peso de la provisión familiar de cuidados, la intervención pública se ha orientado más hacia la financiación de prestaciones que permiten a los familiares cuidadores estar incluidos en la seguridad social o contratar en cuidados en el mercado. Existe una bolsa importante de empleo irregular (se calcula que en torno al 40% del empleo de cuidados y servicios domésticos se contrata en la economía sumergida). Dentro de este modelo merece la pena destacar la

peculiaridad del caso francés, en el que se ha producido un fuerte incremento del empleo público de servicios sociales en los últimos años. Entre 2000 y 2007 se crearon 727.000 empleos (634.000 fueron de mujeres), y la mayor parte de ellos vinculados con el sector de cuidados a personas mayores, residenciales y domiciliarios y en servicios de atención de niños de 0-3 años.

En cuanto al modelo británico, la responsabilidad pública de los servicios sociales se orienta al establecimiento de planes de cuidado individual, a la financiación de ayudas a las personas que requieren cuidados que no pueden pagar y a la supervisión y evaluación de la oferta de servicios que se encuentra principalmente desarrollada por el sector mercantil.

En el caso de los países mediterráneos la creación de empleo vinculada a estos servicios ha sido más limitada respecto a Europa, aunque es preciso reconocer su rápida extensión en los últimos años. En España en 1995 existían 110.000 empleos vinculados al sector de servicios sociales no sanitarios y en 2010 son 455.900 los empleos creados en este ámbito. Es un sector con un elevado índice de temporalidad y existe una importante bolsa de empleo informal, asumido en su mayoría por mujeres inmigrantes (se calcula que el 70% del empleo de cuidados y servicios domésticos domiciliarios se encuentra en la economía sumergida). Se ha producido un proceso creciente de privatización de este empleo que alcanza a más de un 77% de los puestos en 2010. Se esperaba que la reciente Ley de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia (2006) ayudara a reforzar un modelo de creación de empleo de servicios. Sin embargo, su aplicación en un contexto de crisis y constreñimientos presupuestarios se está optando por la fórmula mayoritaria de ayudas económicas destinadas a las familias con dependientes. Estas ayudas no permiten contratar servicios que son de elevado precio en el mercado, y por tanto, o se quedan en las familias o van a parar a la economía sumergida.

El fuerte peso de la economía irregular en la provisión de cuidados y servicios a domicilio constituye un obstáculo para la creación de empleo regular en este sector en buena parte de los países de la Unión Europea. La escasa oferta de servicios en este ámbito, los precios elevados de los mismos, así como la permisividad con la existencia de esta economía sumergida, son factores que explican su fuerte presencia en algunos modelos.

Sin duda, el modelo escandinavo de liderazgo público en la definición y gestión del sector de servicios sociales se constituye en el mejor ejemplo a seguir. Sin embargo, las dificultades para aproximarse a ese modelo desde realidades en las que existe ya una amplia oferta de empleo sumergido han llevado a la Unión Europea a recomendar a los Estados miembros el establecimiento de fórmulas que permitan hacer emerger este empleo. Se estima que en la actualidad ya hay 7,5 millones de empleos vinculados con actividades que los hogares contratan a domicilio, tanto cuidados como servicios domésticos. Más allá de este empleo regular, existen estimaciones del volumen de empleo irregular que alcanza, como hemos visto en cada modelo, desde un 30 o 40% hasta un 70% del sector. De este modo, las posibilidades de crecimiento son elevadas, tanto por el volumen de actividades que todavía siguen desempeñando las familias, como por el fuerte peso de la economía sumergida en este ámbito. En este sentido la Comisión Europea ha recogido algunas buenas prácticas (Comisión Europea,

2012): programa de “cheque empleo servicio” (CESU) iniciado en Francia desde 1994, o el sistema también de “cheques servicios” belga. En ambos casos el sector público provee de ayudas económicas a los hogares condicionadas a la contratación de servicios prestados por empresas acreditadas que aseguran la cualificación calidad del servicio.

Para que el servicio no sea más elevado que el precio disponible en la economía irregular estos programas requieren de un apoyo público que se orienta a través de la financiación directa de una parte del servicio, la disminución del impuesto a dichas actividades o a su consumo. Existen algunos estudios que han tratado de demostrar que a pesar del coste público en la financiación y apoyo de estos servicios, los beneficios directos generados por el pago de los usuarios y el beneficio de las empresas, y de manera indirecta, por el empleo regular creado y la mejora de la calidad de los servicios recibidos por los usuarios, reducen considerablemente su coste (Faverque, 2013; Fukushia et. al, 2010; Gerard et. al, 2012).

Referencias bibliográficas

- Aguilar, M. (2009). *Las tribulaciones de un sector emergente*, en Moreno, L. (Coord). *Las reformas de las políticas de bienestar en España*. Madrid, Siglo XXI.
- Angermann, A., Eichhorst, W. (2013) *Who cares for you at home? The situation of household services in Europe*. Policy Paper, nº 71 IZA Institute for the study of Labour.
- Antonnen, A. and Sipilä, J. (1996), *European social care services: is it possible to identify models?* Journal of European Social Policy 6, 2 pp. 87-100.
- Blades, R (2012). *Denmark case study. National Children's Bureau: working with children, for children*. Research centre.
http://www.ncb.org.uk/media/892289/appendix_b_denmark_case_study.pdf
- Casado, D., & Guillén, E. (2001). *Manual de servicios sociales*. Madrid, España: Editorial CSS.
- Comisión Europea (2012). *Documento de trabajo de los servicios de la Comisión Europea sobre el aprovechamiento del potencial de empleo de los servicios personales y domésticos, que acompaña al documento "Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité económico y social europeo y al Comité de las Regiones: Hacia una recuperación de generadora de empleo."*
<http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=7623&langId=es>
- Comisión Europea (2008). Biennial Report on Social Services of General Interest <http://ec.europa.eu/social/>.
- Comisión de las Comunidades Europeas (2007). *Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo, el Consejo, el Comité Económico y Social Europeo y el Comité de las regiones que acompaña a la Comunicación «Un mercado unico para la Europa del siglo veintiuno» Servicios de interés general, inc*. Bruselas.
Retrieved from <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2007:0725:FIN:ES:PDF>
- Comisión de las Comunidades Europeas (2006), *Comunicación de la Comisión: Aplicación del programa comunitario de Lisboa. Servicios sociales de interés general en la Unión Europea*. Bruselas, COM 177 final.
eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2006:0177:FIN:ES:PDF
- Consejo Europeo (2009). *Informe Conjunto sobre Protección e Inclusión Social: Resumen. Inclusión social, pensiones, asistencia sanitaria y atención a largo plazo*.
<http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=3754&langId=es>
- Del Pino, E. y Rubio, M. J. (Ed.) (2013). *Los Estados de Bienestar en la encrucijada. Políticas Sociales en Perspectiva Comparada*. Madrid: Tecnos.

- El-Moor, J., Hadjab, D. and Rochet Chaibub, J. (2011). *La consolidación de la Política de Asistencia Social en Brasil*. Instituto de Investigación Aplicada (IPEA).
- Esping-Andersen, G. (1990). *The Three Worlds of Welfare Capitalism* Cambridge: Polity Press. Princeton University Press.
- Farvaque, N. (2013). *Developing personal and household services in the EU. A focus on housework activities*. Report for the DG Employment Social Affairs and Inclusion. Orseu.
- Frazer, H, & Marlier, E. (2014). *Investing in children: breaking the cycle of disadvantage: a study of national policies*. Assessment of what Member States would need to do to implement the European Commission Recommendation. European Commission, Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion.
- Frazer, H, & Marlier, E. (2012). *Assessment of Social Inclusion Policy Developments in the EU*. January 2012. Main Findings and Suggestions: on the Way Forward. EU Network of Independent Experts on Social Inclusion Policy.
- Fukushia, N., Adami, J. and Palme, M. (2010). *The Long term Care System for the Elderly in Sweden*, ENEPRI Research Report 89. Brussels: CEPS.
- Gerard, M., Neyens, I. & Valsamis, D. (2012). *Evaluation du régime des titres-services pour les services et emplois de proximité 2011*. Brussels: IDEA Consult.
- Gobierno de Navarra (2008). *Plan Estratégico de Servicios Sociales de Navarra 2008-2012*.
- Gobierno de Navarra. Departamento de Asuntos Sociales, Familia, Juventud y Deporte (2008). *Memoria de Asuntos Sociales y Dependencia*.
- Gobierno de Navarra. Departamento de Bienestar Social, Deporte y Juventud (2001). *Documento base para un Plan de Atención Comunitaria de Servicios Sociales*.
- Kahn, A. J. y Kamerman, S. B. (1987). *Los servicios sociales desde una perspectiva internacional*. Madrid, Siglo XXI.
- Kautto, M. (2002). *Investing in services in West European welfare states*. Journal of European Social Policy 12, 1 pp. 53-65.
- Laparra, M., Pérez, B. (Coord.) (2012). *Crisis y fractura social en Europa. Causas y efectos en España*. Volumen 35 de la colección Estudios Sociales de la Fundación "La Caixa".
- Laparra, M., Pérez, B. (Coord.) (2010). *El primer impacto de la crisis en la cohesión social en España*. Fundación FOESSA.
- Ministere de la Famille Luxembourg (2014). *Documentation de la Lou RMG Service National d'action social*.
<http://www.snas.public.lu/>
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2004). *Libro Blanco. Atención a las personas en situación de dependencia en España*. IMSERSO, Gobierno de España.

- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, IMSERSO Gobierno de España (2010). *Situación de las personas mayores en España*. Observatorio del Mayor.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Gobierno de España (2008). *Memoria del plan concertado de servicios sociales*, 2008. www.msssi.gob.es/en/ssi/familiasInfancia/inclusionSocial/serviciosSociales/planConcertado/MemoriaPlanConcertado2008-09.pdf
- Ministerio do Desenvolvimento social e combate à FOME. (2014). *Secretaria Nacional de Assistência Social O Trabalho Social com Famílias na Trajetória dos 20 anos da LOAS*. Brasília, fevereiro de 2014.
- Ministry of Social Affairs and integration (2012). *Social Policy in Denmark*. sm.dk/en/international-priorities/publications/social-policy-in-denmark/@@download/publication
- Ministry of Social Affairs and integration (2008). *National Report on Strategies for Social Protection and Social Inclusion 2008 - 2010*. <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=2542&langId=en>
- Munday, B. (2006). *European social services: A map of characteristics and trends*. Consejo de Europa.
- Pérez, B. (2013). *El impacto de las políticas de ajuste en la cohesión social en España. Análisis y perspectivas, Informe Anual*. Fundación FOESSA.
- Pérez, B. (2004). *El acompañamiento social como herramienta de lucha contra la exclusión social*. Pp. 89-107. Documentación Social, 35.
- Rodríguez Cabrero, G. (dir.), Aguilar, M., Arriba, A., Casas, F., Laparra, M., Marbán, V. y Pérez, B. (2011). *Servicios Sociales y Cohesión Social*. Consejo Económico y Social de España. Pp. 211-236.
- Sarabia, A. (2007). *Propuestas de mejora en la organización y gestión de los servicios sociales. Diagnóstico funcional y sugerencias de cambio*. En Casado, D. y Fantova, F. Perfeccionamiento de los servicios sociales en España. Informe con ocasión de la ley sobre autonomía y dependencia, págs. 325-353.
- Seebom, F. (1968). *Report of the committee on local authority and allied personal social services*. London: HM Stationery Office.
- Söderström, L. (2008). *The economics of social protection*. Northampton, Estados Unidos: Edward Elgar Publishing.

Fuentes estadísticas

- Eurostat (Oficina Europea de Estadística)
<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home/>
- Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE)
<http://www.oecd.org/statistics/>
- CEPALSTAT (Estadísticas de América Latina y el Caribe).
http://estadisticas.cepal.org/cepalstat/WEB_CEPALSTAT/Portada.asp

Glosario

A continuación se presenta una relación de las interpretaciones que se realizan en este texto de determinados conceptos clave.

- **Sistemas de protección social:** conjunto ordenado de prestaciones y servicios profesionales organizado desde el sector público para dar protección a un tipo determinado de necesidades. Se identifican generalmente el sistema sanitario, educativo, de pensiones o garantía de ingresos, de empleo o protección de desempleo y en algunos casos sistema de vivienda, servicios sociales o protección de la dependencia.
- **Sistema de servicios sociales:** haría referencia a aquellos países en los que el sector público ha logrado articular un conjunto de prestaciones y servicios reconocidos como derecho que son desarrollados a través de un conjunto de centros y profesionales.
- **Redes de servicios sociales:** distintas configuraciones en cada territorio del conjunto de proveedores de servicios sociales del sector público, del sector voluntario o no lucrativo y del sector mercantil.
- **Sector público:** configurado por distintos niveles de administración: estatal-nacional, regional y local.
- **Integración:** Hace referencia al nivel de cohesión social de una sociedad. Es decir una sociedad integrada sería aquella que presentara escasas diferenciaciones entre sus miembros, por tanto bajos niveles de desigualdad, pobreza o exclusión social.
- **Inclusión:** acciones o estrategias de inclusión son aquellas que llevan a cabo instituciones u organismos con el fin de evitar el distanciamiento o la exclusión de algunas personas de su acción o servicios. Estrategias destinadas a que los mercados laborales, los sistemas sanitarios, educativos o de vivienda incluyan bajo su protección también a las personas en situación de mayor fragilidad social.
- **Inserción:** procesos específicos mediante los cuales se va construyendo un determinado lugar en la comunidad a una persona o a pequeños grupos que se encuentran en situación de pobreza o exclusión a través de dotarles de capacidades para enfrentarse a su entorno y adquirir autonomía personal.

- **Acompañamiento social:** es un trabajo de relación personal continuada, relativamente duradera, de comprender a las personas para contribuir a que ellas mismas entiendan y empiecen a dominar su situación y las claves de sus dificultades; de apoyo para activar y movilizar recursos, capacidades, potencialidades de las personas y de su entorno.
- **Seguimiento:** consiste en el mantenimiento del contacto con las personas y familias atendidas. El objetivo del seguimiento es el de conocer la evolución del hogar, valorar la eficacia de las intervenciones planteadas y prevenir posibles deterioros futuros.
- **Trabajo de casos:** es la unificación de las responsabilidades sobre cada individuo o familia en un mismo profesional o equipo, responsable de la gestión del mismo y de la coordinación de las respuestas diversas que deban ofrecerse. Ello implica una continuidad temporal y una asignación importante de capacidades de decisión (y las correspondientes responsabilidades) al profesional o al equipo encargado de la gestión del caso. Se trata en definitiva de crear una relación de referencia entre el caso (persona o familia) y el profesional o equipo que se encarga de su gestión.
- **Atención comunitaria de servicios sociales:** En algunos países europeos se ha denominado así a los servicios sociales que se han extendido en el territorio con el fin de tratar en la comunidad situaciones de ayuda a menores, adultos mayores o personas en situación de exclusión social. También en algunos sitios (España) se ha utilizado el término atención primaria, para diferenciar la atención más cercana al ciudadano en términos de información y acceso a prestaciones; diferenciándola de atención especializada en la que se identificaría a servicios orientados a situaciones determinadas (dependencia, exclusión, etc.). En este trabajo hemos considerado que la división primaria-local/especializada-regional no es del todo correcta ya que el modelo de atención comunitaria lo que define es el tratamiento especializado en el nivel más cercano a la persona.
- **Atención 0-3 años:** definimos así los servicios de educación infantil destinados a niños/niñas entre 0 y 3 años. Aunque durante muchos años el contenido de estos servicios ha sido de atención y cuidado, en la actualidad el peso fundamental lo tienen los contenidos educativos.
- **Atención a la dependencia:** incluye aquellos servicios o prestaciones orientados a la protección de personas que necesitan apoyo para realizar las actividades básicas de la vida diaria.
- **Exclusión social:** Situaciones caracterizadas por la acumulación de problemas en diversas dimensiones además de la económica (pobreza), educativa, salud, vivienda, relaciones sociales, formación

que constituyen barreras para la participación en la sociedad y el desarrollo de la autonomía de las personas.

- **Población en situación de pobreza moderada o población en riesgo de pobreza:** personas que viven en hogares cuya renta total equivalente está por debajo del umbral de pobreza. Los ingresos corresponden al año anterior al de la entrevista. El umbral de pobreza se fija en el 60% de la mediana de los ingresos por unidad de consumo de las personas.
- **Población en situación de pobreza severa:** personas que viven en hogares cuya renta total equivalente está por debajo del umbral de pobreza inferior al 30% de la mediana de los ingresos por unidad de consumo de las personas.