

# Apuntes para un replanteamiento de los servicios sociales en España

Manuel Aguilar Hendrickson  
*Universidad de Barcelona*



**FUNDACIÓN FOESSA**  
FOMENTO DE ESTUDIOS SOCIALES  
Y DE SOCIOLOGÍA APLICADA

## 1. Introducción

Los servicios sociales viven hoy momentos complicados. Tras un desarrollo lento y de perfil bajo desde su *refundación* moderna en los años 80, los años de la expansión *engañosa* (Juliana 2012) de los años 2000 trajeron una serie de reformas que parecían augurar un impulso importante. Esas reformas nacieron de dos procesos diferentes. Por un lado, varias comunidades autónomas iniciaron la revisión de sus leyes de servicios sociales en un intento de abordar algunos de los problemas clave del sector. Por otro, un proceso de análisis y de preparación nacido en el seno de la administración central (que en España tiene un papel limitado en este sector) que se hizo eco de los debates y reformas en diversos países europeos sobre los cuidados de larga duración, tuvo como resultado la aprobación en 2006 de la llamada ley de Dependencia (LAPAD), que introdujo a escala estatal un derecho subjetivo fuerte en el campo de los servicios sociales. En un contexto de aumento del empleo de las mujeres, de cierta mitigación de las situaciones de pobreza y exclusión y de holgura presupuestaria en todos los niveles de la administración (por desgracia explicable por ingresos extraordinarios que no durarían), los servicios sociales vivieron años de expansión. En alguna comunidad autónoma los responsables políticos presionaban a las universidades para que aumentaran su oferta de formación de trabajadores sociales, de los que iban a necesitar algunas decenas de miles en los años inmediatos.

El estallido de la burbuja inmobiliaria y la crisis financiera consiguiente han alterado radicalmente el panorama. Por un lado, las situaciones de dificultad económica (pobreza, pérdida de vivienda, etc.) han crecido de forma espectacular y fluyen hacia los servicios sociales, a los que se les supone una función de última red de protección para la que no están diseñados. Por otra, la mayoría de las administraciones han padecido la volatilización de los ingresos extraordinarios y una caída excesiva de la recaudación ordinaria, fruto de los espacios de elusión y fraude que plagan nuestro sistema fiscal. La reforma estrella del decenio pasado, la LAPAD, parece haber embarrancado y empieza a padecer una dura poda. En este contexto no es extraño que los servicios sociales vivan un clima de tensión y de frustración que afecta a todos sus actores, desde los profesionales hasta los usuarios y que se ha traducido en ocasiones en confrontaciones verbales e incluso físicas.

Por otra parte, si se intenta mirar a largo plazo, los servicios sociales tienen ante sí algunos grandes desafíos para los próximos decenios. El proceso de envejecimiento generará una demanda creciente de cuidados de larga duración y la necesidad imperiosa de rediseñar el sistema de salud y su articulación con el de cuidados. Los daños sociales causados por la crisis dejarán algunas secuelas duraderas, en forma de personas con oportunidades reducidas de integración en el empleo. Muchas de esas *vidas rotas* necesitarán de apoyos y espacios sociales para rehacerse. La capacidad de los servicios sociales de estar a la altura de tales desafíos dependerá mucho de la superación algunos de sus límites actuales.

En las páginas que siguen intentaremos en primer lugar analizar algunas dimensiones básicas del proceso que han seguido los servicios sociales en estos últimos años y que permiten entrever una crisis más profunda del sector, que tiene sus raíces en algunas de sus estructuras profundas y no solo en una coyuntura desfavorable. En segundo lugar, analizaremos cuatro aspectos de esas estructuras profundas que, en nuestra opinión, presentan disfunciones graves que están limitando la eficacia y la eficiencia, y en ocasiones también la equidad del sector. En tercer lugar, esbozaremos una serie de propuestas, que podrían servir de guion para una discusión en profundidad de nuestro modelo de servicios sociales, que creemos necesaria y urgente.

## 2. Los servicios sociales ¿contra las cuerdas?

### 2.1. El impacto de la crisis

#### 2.1.1. El incremento de la demanda

El incremento de la demanda a la que han tenido que hacer frente los servicios sociales en éstos últimos años, como consecuencia tanto del desarrollo de la LAPAD como del impacto de la crisis, se ha reflejado abundantemente en los medios de comunicación y en los debates recientes. Veamos qué nos muestran los datos disponibles, a pesar de sus limitaciones.

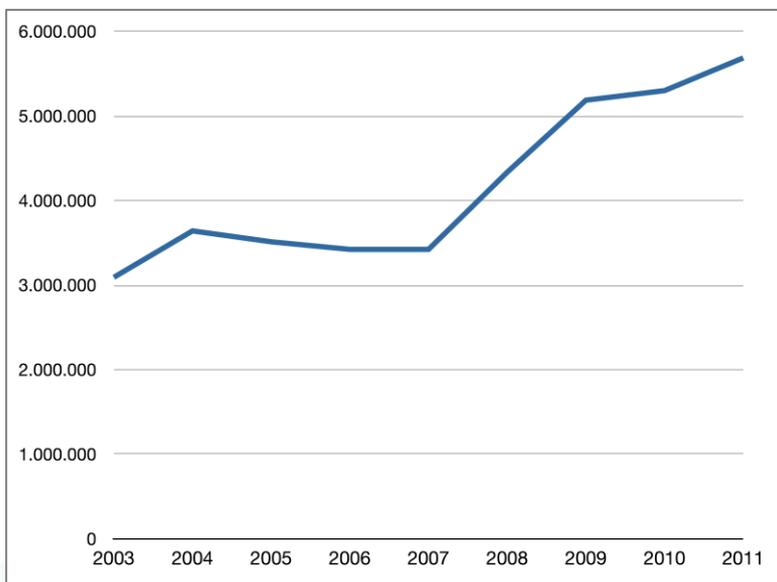
##### a) Evolución de los usuarios de centros de servicios sociales

Las Memorias del Plan Concertado<sup>1</sup> nos ofrecen algunos indicadores que pueden dar una idea aproximada de la evolución de la presión asistencial experimentada por la red de servicios sociales locales. La figura 1 muestra la evolución del número de personas atendidas por la denominada *prestación de información y orientación*, que equivaldría en líneas generales al flujo de personas que acceden a los servicios tanto para recibir una atención propia de los mismos como para informarse sobre cuestiones relativas a otros campos de la protección social<sup>2</sup>. Se observa que tras un período de relativa estabilidad hasta 2007 en torno a los 3 millones y medio de personas al año (incluso con una leve reducción entre 2004 y 2007), se inicia un crecimiento muy notable que lleva a un flujo anual de personas usuarias próxima a los 5 millones y medio.

<sup>1</sup> Publicadas por el ministerio responsable en materia de servicios sociales, cuya denominación ha variado a lo largo de los años. Están disponibles desde 2003 a 2011 en <https://www.msssi.gob.es/ssi/familiasInfancia/inclusionSocial/serviciosSociales/planConcertado/home.htm>

<sup>2</sup> Utilizamos este indicador en lugar del global de personas usuarias de los centros de servicios sociales porque este último incluye a los participantes en actividades de prevención y sensibilización (que aparecen en general en la prestación «prevención e inserción») cuya «participación» puede tener grados muy diversos. Cabe suponer, además, que la mayoría de las personas atendidas por otras prestaciones pasen inicialmente por esta prestación.

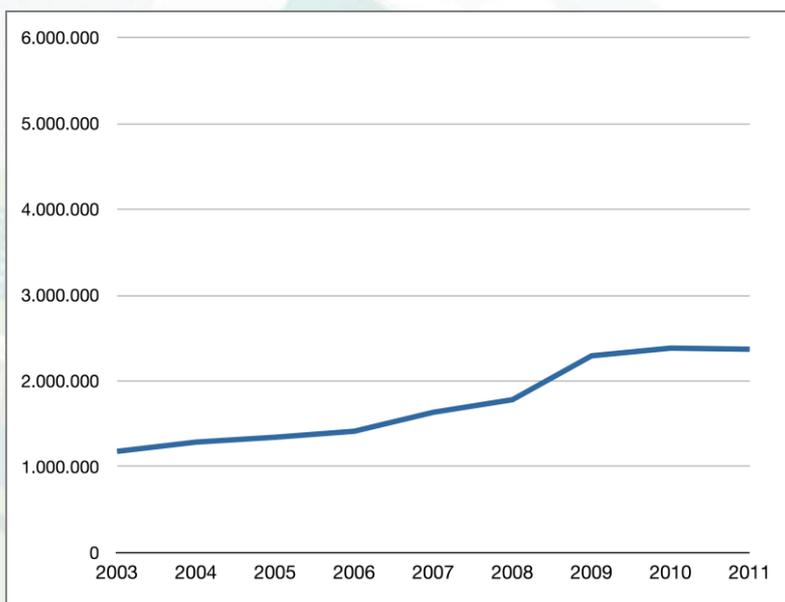
**Figura 1. Evolución del número de personas atendidas (prestación de información y orientación) en los servicios sociales del Plan Concertado 2003–11 (no incluye País Vasco ni Navarra)**



Fuente: Memorias del Plan Concertado

El número de expedientes familiares anuales, que es un indicador aproximado del número de casos atendidos de una forma más intensa, aumenta también de forma significativa, aunque en cifras inferiores. El aumento es más continuado, se acelera entre 2006 y 2009 pero luego la cifra se estabiliza alrededor de los 2,3 millones.

**Figura 2. Evolución del número de expedientes familiares en los servicios sociales del Plan Concertado 2003–11 (no incluye País Vasco ni Navarra)**



Fuente: Memorias del Plan Concertado

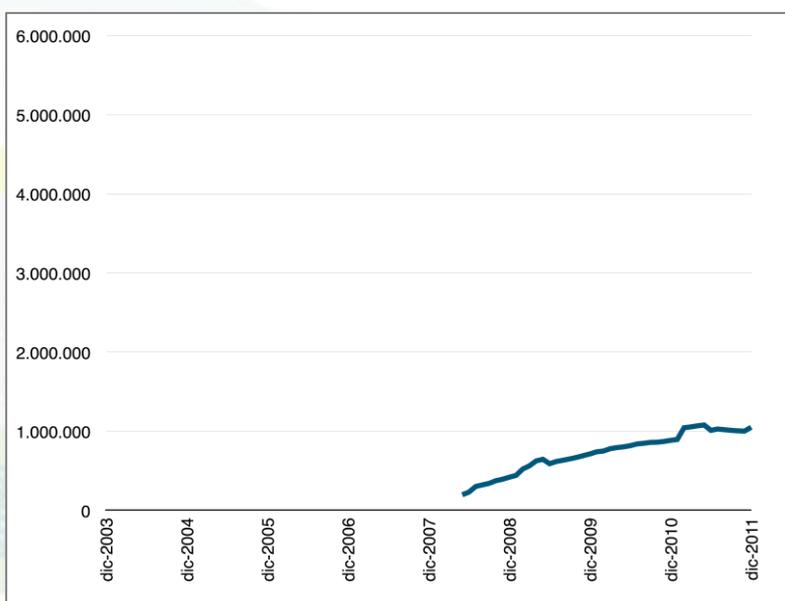
Este aumento global y el período (2007–11) en el que se produce parece bastante consistente con los dos factores más mencionados, es decir, el desarrollo de la LAPAD y las dificultades que muchas personas han sufrido como consecuencia de la crisis.

### b) El desarrollo de la LAPAD

La puesta en marcha del SAAD ha supuesto para el sector de los servicios sociales un desafío importante. En los siete años y medio transcurridos desde su puesta en marcha, algo más de 1,6 millones de personas han solicitado ser valoradas como dependientes, cerca de un millón de las cuales han sido reconocidas como acreedoras de atención.

El impacto en términos de demanda sobre los servicios sociales se ha dado a al menos tres niveles. En primer lugar, en el mecanismo de recepción de la solicitud y valoración de la dependencia; en segundo lugar, en el diseño de la atención precisa que cada persona debe recibir (con frecuencia reducido a la expresión «elaborar el PIA») y su seguimiento; en tercer lugar, la oferta de servicios suficientes y adecuados a la demanda. Aunque haya peculiaridades organizativas en diversas comunidades, el grueso de los dos primeros impactos han afectado a la red de servicios sociales locales. El tercero afecta al conjunto del ramo, aunque los servicios locales también cuentan con uno de los servicios destinados en principio a ser central, la atención a domicilio.

**Figura 3. Evolución del número de personas con derecho a prestaciones del SAAD 2008–2011**



Fuente: Estadísticas SAAD IMSERSO

(\*): Mantenemos la escala general de estas figuras (valor máximo de y=6 millones, serie 2003–11) para que sean más fáciles de comparar visualmente

Estas cifras, que suponen más de 1 millón y medio de solicitantes y alrededor de 1 millón de personas para las que se tendría que diseñar un plan de atención, encajan bastante bien con las que hemos mostrado sobre el programa de información y orientación. Parece bastante plausible que entre la mitad y dos tercios de la demanda adicional registrada en los servicios sociales locales se explique por la implantación del SAAD.

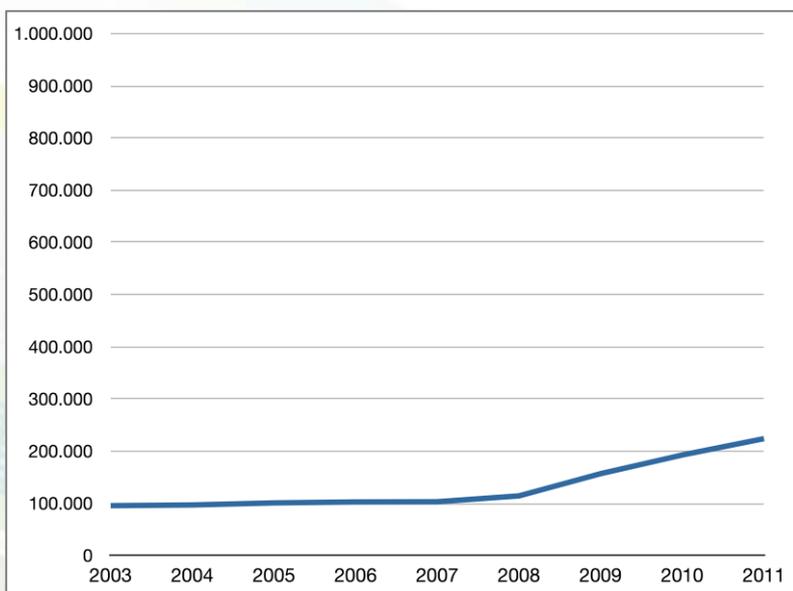
### c) La demanda de apoyo económico para la subsistencia

El segundo componente del aumento de la demanda es el que suponen las solicitudes de apoyo económico para cubrir necesidades básicas en las situaciones derivadas de la crisis económica. En los primeros años de la crisis de empleo los mecanismos de protección por desempleo contributivos y asistenciales respondieron con cierta solidez, tras un período relativamente largo de empleo muy elevado. Sin embargo, desde mediados de 2010 la cobertura del desempleo se empieza a reducir.

Hay dos datos que permiten una aproximación a la demanda de este tipo que ha llegado a los servicios sociales. Por un lado, los datos de titulares de rentas mínimas de las comunidades autónomas, y por otra los relativos a ayudas de emergencia que recogen las memorias del Plan Concertado. Hay sin duda muchas otras fuentes locales y parciales, pero que no nos sirven para intentar una aproximación a escala de toda España.

El número de titulares de rentas mínimas de inserción en el conjunto de España pasó de una cantidad relativamente estable de unas cien mil personas hasta 2007 a unas 220 mil en 2011. Es cierto que en 2012 se produjo una ligera reducción<sup>3</sup> Ello supone algo más que doblar el número de titulares en apenas 3 años, y unos 120 mil «casos» adicionales. Desde el punto de vista de la presión asistencial sobre los servicios sociales locales, sin embargo, hay que señalar que el 40 por ciento de los titulares corresponden al País Vasco, comunidad en la que se ha transferido la gestión del acceso a los servicios de empleo, cosa que sin duda aligerará en parte de la carga de trabajo de los servicios sociales locales.

**Figura 4. Evolución del número de titulares de rentas mínimas en el conjunto de España**



Fuente: DG de Servicios para la Familia y la Infancia, Informes de rentas mínimas de inserción

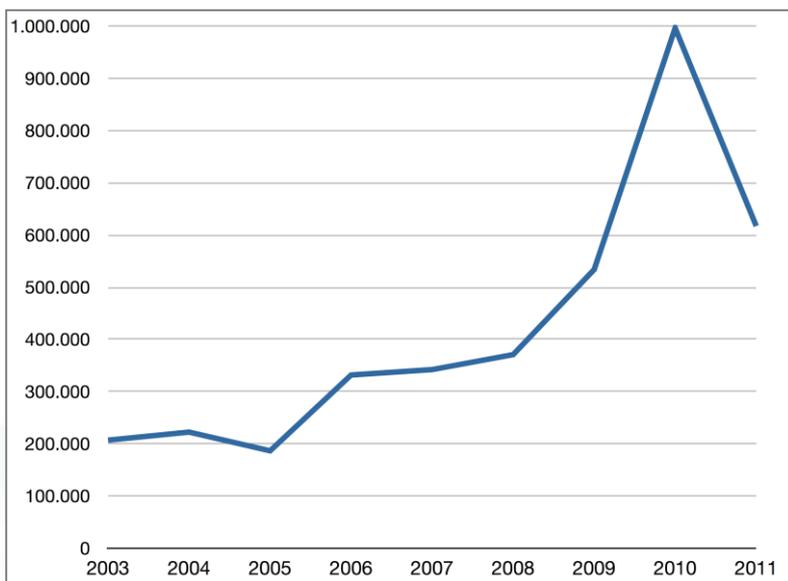
(\*): Hemos modificado la escala de estas figuras (valor máximo de  $y=1$  millón) dado que las magnitudes son muy inferiores a las anteriores

En cuanto a las ayudas de emergencia, es más difícil saber con exactitud cuántas de todas las existentes aparecen recogidas correctamente en las estadísticas del Plan Concertado, ya que existen municipios con programas propios que pueden no estar recogidos, además de la habitual no inclusión de País Vasco y Navarra. A partir de las estadísticas disponibles, se

<sup>3</sup> No la hemos incluido en la gráfica para mantener la homogeneidad de las series.

aprecia que las dificultades económicas crecientes de muchas personas también han alimentado la demanda de ayudas extraordinarias. Los datos de 2010 son desde luego anómalos, pues presentan un aumento espectacular que no se corresponde con un aumento del gasto. Al contrario, el gasto cae un 5 por ciento entre 2009 y 2010, lo que supone una caída a la mitad del ya exiguo importe medio de las ayudas (163 € en 2009, 84 € en 2010).

**Figura 5. Evolución del número de ayudas de emergencia incluidas en el Plan Concertado**

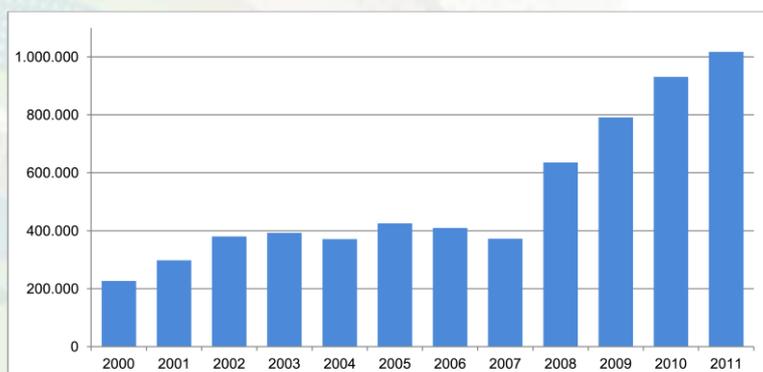


Fuente: Memorias del Plan Concertado

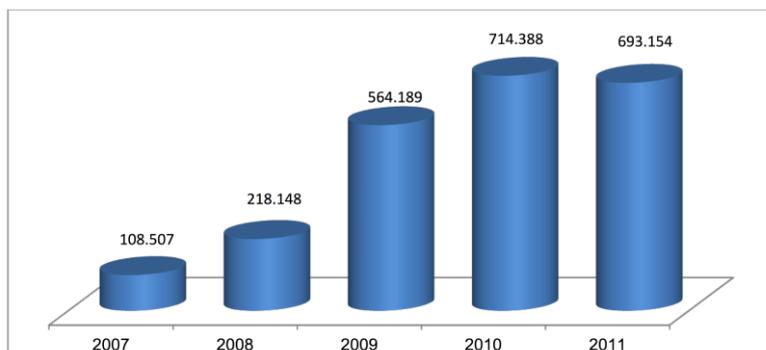
(\*): Hemos modificado la escala de estas figuras (valor máximo de  $y=1$  millón) dado que las magnitudes son muy inferiores a las anteriores

El Observatorio de la Realidad Social de Cáritas Española, por su parte, ofrece datos sobre solicitantes de apoyo y ayudas económicas recibidas por la red de Cáritas locales. La evolución que muestra es bastante similar, y pasa de unas 370 mil personas atendidas en 2007 a algo más del millón en 2011, es decir entre 600 y 700 mil personas más cada año. Las ayudas económicas han experimentado un salto parecido, de algo más de 100 mil en 2007 a casi 700 mil en 2011.

**Figura 6. Evolución del número de solicitantes de atención en Cáritas 2000–2011**



Fuente: Cáritas, Observatorio de la Realidad Social, VII informe

**Figura 7. Evolución del número de ayudas económicas concedidas por Cáritas 2007-2011**

Fuente: Cáritas, Observatorio de la Realidad Social, VII informe

Estas cifras deben tomarse como una indicación general de la tendencia. Cada una de las fuentes presenta algunos problemas (cobertura territorial, conceptos de persona/familia atendida, etc.) que se complican si se pretende integrar los datos de ambas fuentes.

En todo caso, permite mostrar que tanto los servicios sociales públicos como los de Cáritas han experimentado un aumento sustancial de la presión de la demanda de personas que atraviesan situaciones de reducción de ingresos que afectan a la cobertura de sus necesidades básicas. Las poblaciones atendidas por cada red se solapan en una parte importante (Cáritas estima que dos tercios de la población que atiende han pasado antes por los servicios públicos) aunque no en todos los casos. No es descabellado pensar, con todas las cautelas, que los servicios públicos hayan visto aumentar su demanda anual en este terreno en un volumen entre 600 mil y un millón de personas anuales.

En síntesis, la red de servicios sociales locales, que en principio constituye la principal *puerta de entrada* de los servicios sociales públicos, habría experimentado desde la implantación de la LAPAD y el inicio de la crisis un aumento de unos dos millones de personas atendidas anuales, de los que cabe aventurar que algo más de la mitad corresponde a la atención de la dependencia y algo menos de la mitad a las situaciones de dificultad económica. Se trata de un aumento importante que sin duda ha exigido un esfuerzo importante a estos servicios. Veamos a continuación cómo ha evolucionado la oferta de servicios.

### 2.1.2. ¿Qué ha pasado con los medios?

Disponemos de algunos análisis de la evolución de una primera magnitud de la oferta de servicios sociales, a saber, el gasto público en el sector. En lo que sigue utilizaremos los datos analizados por la Asociación de Directoras y Gerentes en Servicios Sociales (Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales 2014) a partir de las estadísticas presupuestarias del Ministerio de Hacienda, así como los datos de las memorias del Plan Concertado.

La medida del gasto en el sector presenta diversos problemas. En primer lugar, la definición misma del sector, que tiende a identificarse en los análisis presupuestarios con el programa de gasto 23 (*Servicios sociales y promoción social*). Existen dudas razonables acerca de cómo se clasifican determinados gastos en cada una de las administraciones, como por ejemplo determinadas prestaciones económicas. En todo caso puede servir para una aproximación general.

En segundo lugar, existen numerosas transferencias entre administraciones que son difíciles de consolidar adecuadamente en todos los casos. A ello se une la configuración diferente de

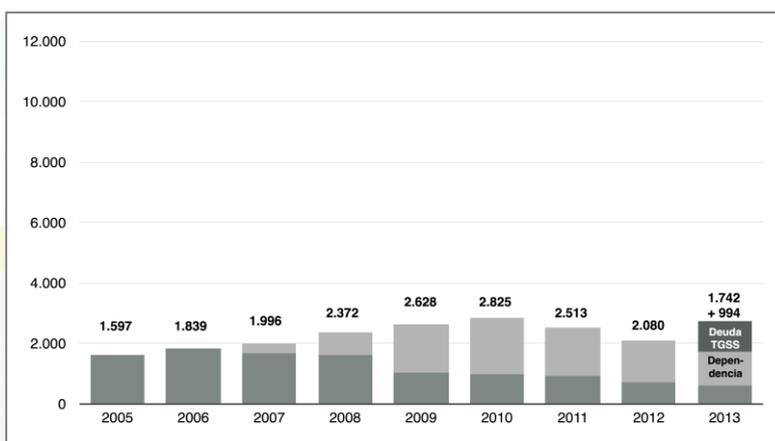
las administraciones autonómica y local en cada comunidad. En el País Vasco y en las comunidades insulares las administraciones locales (provinciales/insulares) desarrollan funciones también de administración autonómica, y en las comunidades uniprovinciales, la administración autonómica hace también de provincial. La información aparece consolidada en cada nivel de la administración, y se han hecho estimaciones sobre algunas transferencias entre niveles.

Con estas cautelas, veamos qué aproximación nos permiten estos datos.

El gasto público en servicios sociales supondría en 2013 cara de un 1,5 por ciento del PIB según las estimaciones mencionadas (Asociación de Directoras y Gerentes en Servicios Sociales 2014) (Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales 2014). El grueso de la titularidad del gasto (alrededor del 90 por ciento) corresponde a las comunidades autónomas y las administraciones locales.

La evolución que han seguido los gastos en los tres niveles sigue el patrón de un aumento apreciable en el período 2005–2011, seguido de una reducción, de intensidad diversa a partir de 2011. Las tres figuras siguientes ilustran por separado (sin consolidación) esta evolución<sup>4</sup>.

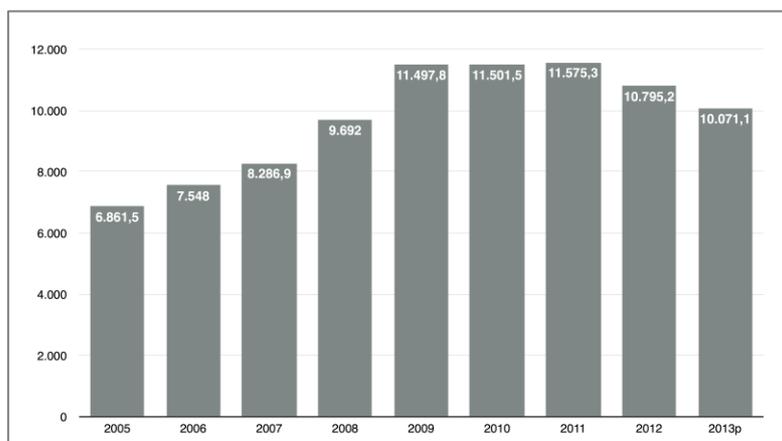
**Figura 8. Evolución del gasto público no financiero en el programa 23 (Servicios sociales y promoción social) por la Administración General del Estado 2005–2013 (millones de € de 2011)**



Fuente: Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas (elaboración ADGSS y propia)

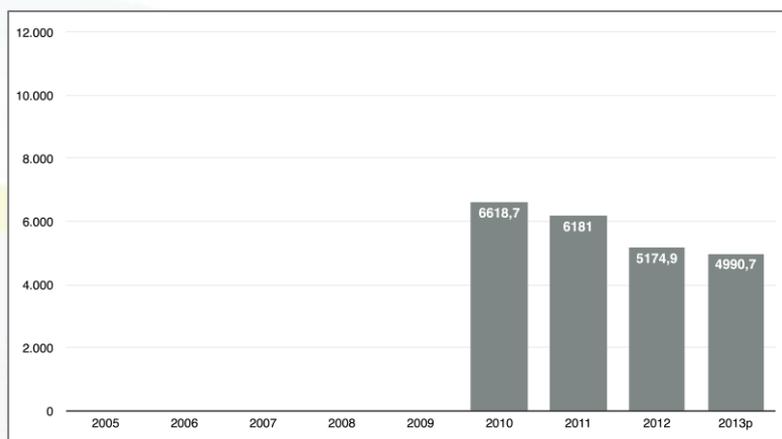
<sup>4</sup> Los datos de las administraciones locales sólo están disponibles para 2010 en adelante. Todos los datos están basados en el trabajo mencionado. Hemos transformado las cuantías a euros de 2011.

**Figura 9. Evolución del gasto público no financiero en el programa 23 (Servicios sociales y promoción social) por la administración autonómica 2005–2013 (millones de € de 2011)**



Fuente: Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas (elaboración ADGSS y propia)

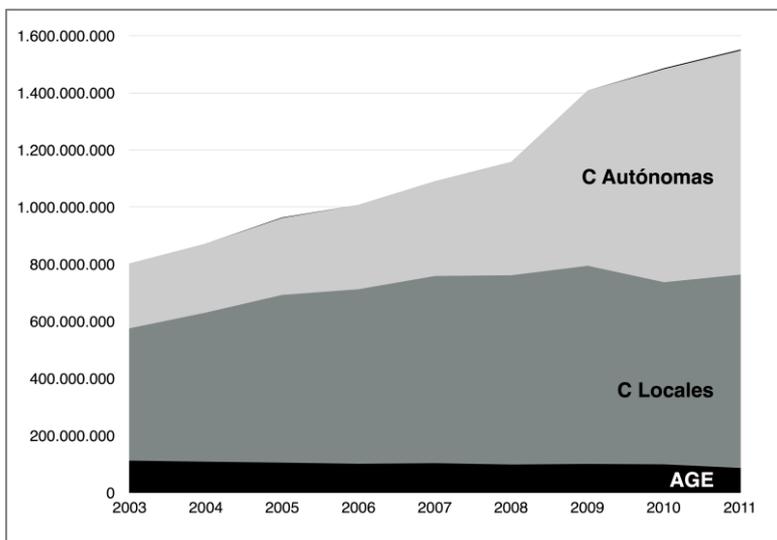
**Figura 10. Evolución del gasto público no financiero en el programa 23 (Servicios sociales y promoción social) por la administración local 2010–2013 (millones de € de 2011)**



Fuente: Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas (elaboración ADGSS y propia)

Los datos sobre la evolución del gasto local pueden complementarse con los relativos a una parte del mismo, la de los servicios cubiertos por el plan concertado. Aunque no se aprecian las posibles reducciones posteriores a 2011, hasta ese año el incremento del gasto fue sustancial, a pesar de la reducción constante en términos reales y especialmente relativos de la aportación de la administración central.

Figura 11. Evolución del gasto en servicios del Plan Concertado 2003–2011 (€ de 2011)



Fuente: Memorias del Plan Concertado (elaboración propia)

Al incremento sustancial del decenio expansivo ha seguido una contención y reducción del gasto a partir de 2010. Sin embargo, es necesario matizar la imagen de montaña rusa que con frecuencia se emplea para describir esta evolución. En primer lugar, y aunque los datos de presupuestos locales solo están disponibles a partir de 2010, parece bastante claro que el nivel de gasto en 2013 es apreciablemente superior al de 2005, en términos reales. El gasto autonómico era en 2013 un 46 por ciento superior, en términos reales al de 2005, y el de la Administración General del Estado un 10 por ciento superior. La reducción relativa del esfuerzo de la AGE parece un rasgo claro del período, a pesar del desarrollo del SAAD.

En segundo lugar, conviene recordar que la reducción del gasto no supone siempre y necesariamente una reducción de los medios disponibles. Una parte de la reducción del gasto (en el capítulo de personal) se explica por la reducción de los salarios de los empleados públicos, medida que en sí misma no reduce los medios del sector.

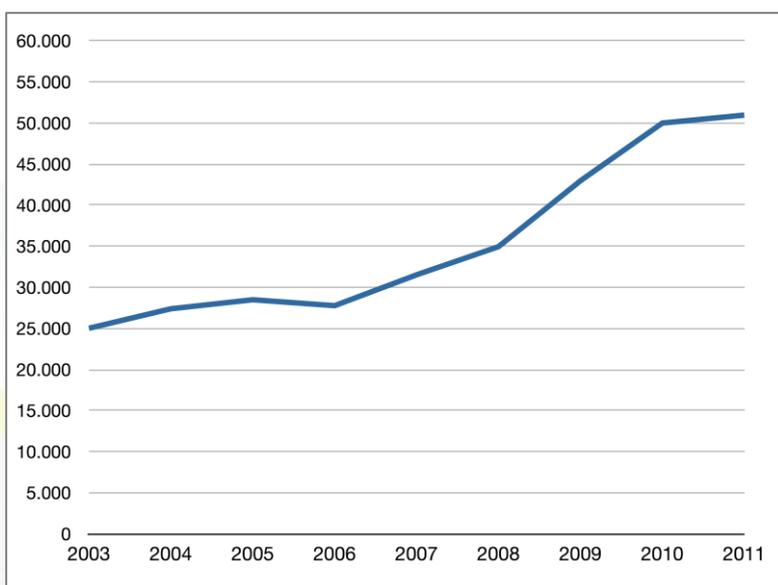
El balance provisional que creemos más razonable, a falta de mejores datos, es que el gasto en servicios sociales aumentó de manera apreciable en términos reales durante el primer decenio del siglo, para estancarse e iniciar una reducción por ahora limitada (al menos inferior al crecimiento previo) desde 2010. Sin más datos es aventurado establecer qué parte de la reducción responde a esfuerzos de *cost-containment* y qué parte a un *retrenchment* en el sector.

#### a) La red de atención social primaria

Podemos mirar la cuestión de los medios desde otra perspectiva, la de los recursos humanos con que cuenta la red de servicios. La red de atención social primaria se caracteriza por ser intensiva en profesionales. Su oferta consiste principalmente de atención profesional de tipo «ambulatorio» o a domicilio, aunque una parte reducida de su oferta ofrezca alojamiento en albergues o centros de acogida o ayudas económicas. El componente más voluminoso de esa atención es la atención domiciliaria (incluyendo la que se denomina de ese modo y la llamada de *apoyo a la unidad convivencial*), que actividad en la que participan el 79 por ciento de sus empleados y que consume el 82 por ciento del gasto en prestaciones (52 por ciento del gasto total). El componente más conocido y amplio es el que sirve de *puerta de entrada* a otros tipos de servicios, que suele identificarse con el programa de información y orientación.

Para ver con qué de recursos propios se ha enfrentado la red al incremento de demanda que hemos descrito de describir, en las figuras siguientes mostramos la evolución en el mismo período de las plantillas de los servicios<sup>5</sup>. Como se aprecia en la figura 12, el total de personas empleadas en los servicios incluidos en el Plan Concertado pasó de 25 mil en 2003 a 31 mil en 2007 y casi 51 mil en 2011. Se trata, por tanto de un aumento importante de los recursos humanos, que no se detiene en principio durante la primera fase de la crisis y muestra una tendencia a la estabilización a partir de 2010. No disponemos de datos que permitan saber si la prolongación de la crisis después de 2011 se ha traducido en una reducción de personal, pero no parece que las posibles reducciones hayan cambiado la tendencia general. Así, con los datos disponibles, las plantillas globales en 2011 se habían duplicado en relación con 2003 y habían aumentado un 60 por ciento en relación con 2007. Hay que precisar que los datos disponibles no permiten su traducción a jornadas completas equivalentes, y una parte importante de los empleados están a tiempo parcial.

**Figura 12. Evolución del número total de empleados de los servicios sociales locales del Plan Concertado 2003–2011 (no incluye País Vasco ni Navarra)**



Fuente: Memorias del Plan Concertado

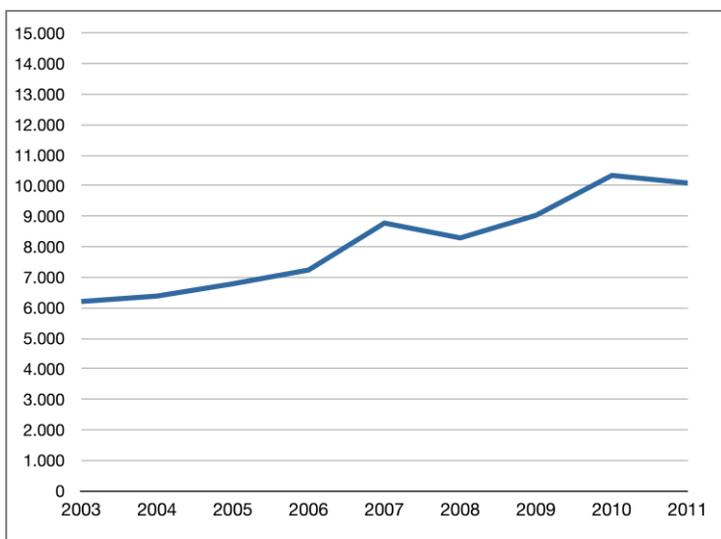
La mayor parte del aumento de personal corresponde a la ampliación de los servicios de ayuda a domicilio. El total de empleados que participan en este servicio<sup>6</sup> pasa de 16.543 en 2003 a 40.454 en 2011, lo que supone multiplicarlo por 2,4. En el mismo período los que participan en el servicio de información y orientación pasan de 4.565 a 7.983, lo cual supone un aumento del 70 por ciento.

Por puestos de trabajo, los trabajadores sociales y, en algunos casos, los educadores, son los que llevan el grueso de las tareas de recepción de la demanda y preparación de la respuesta a la misma. La figura 13 muestra la evolución de la suma de ambos grupos profesionales, que pasan de 6.210 en 2003 a 10.093 en 2011, un aumento del 62 por ciento. El aumento es ligeramente superior entre los trabajadores sociales, que son la mayoría del conjunto.

<sup>5</sup> Agrupamos aquí lo que las memorias del Plan Concertado denominan personal de plantilla y personal de prestaciones.

<sup>6</sup> Un mismo empleado puede participar en más de una prestación o servicio. La media de prestaciones por empleado es relativamente estable alrededor de 1,5 durante el período analizado.

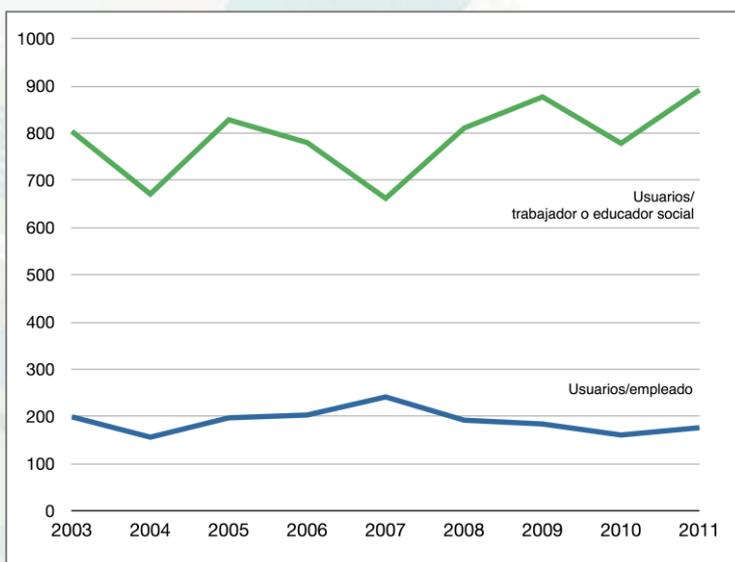
**Figura 13. Evolución del número total de trabajadores sociales y educadores de los servicios sociales locales del Plan Concertado 2003–2011 (no incluye País Vasco ni Navarra)**



Fuente: Memorias del Plan Concertado

Aunque la información es limitada, todo apunta a que los servicios sociales de atención primaria se han visto reforzados de forma notable a lo largo del decenio pasado, incluso en los primeros años de la crisis. Carecemos de información sobre la evolución más reciente (2011–14), pero nada parece indicar que las posibles reducciones hayan eliminado la importante ampliación anterior. De hecho, la razón entre usuarios y empleados de los servicios se ha mantenido estable con tendencia a reducirse (es decir, a menos usuarios por empleado) a lo largo del decenio. La evolución es algo más errática y con una ligera tendencia al ascenso si ponemos en relación usuarios con trabajadores y educadores sociales.

**Figura 14. Evolución de la razón entre usuarios totales y (a) empleados totales y (b) trabajadores sociales y educadores de los servicios sociales locales del Plan Concertado 2003–2011 (no incluye País Vasco ni Navarra)**



Fuente: Memorias del Plan Concertado (elaboración propia)

Con todas las cautelas debidas a la calidad de los datos, no parece que éstos avalen la idea de que, al menos hasta 2011 se hubiera producido un colapso de los servicios por la combinación de una demanda desbordada y unos medios reducidos. No sabemos con certeza qué ha sucedido después. En todo caso, estos datos parecen apuntar a que las tensiones que han vivido y viven los servicios sociales deben explicarse, en parte, por dificultades para desarrollar eficazmente su acción que tienen que ver con su configuración o con el tipo de medios de que disponen, más que con la cantidad de los mismos. Es posible que éstos sean insuficientes, pero al menos en términos cuantitativos brutos, no parece que sean más insuficientes que en 2007, y probablemente menos insuficientes que en 2003.

## b) El desarrollo del SAAD

La puesta en marcha del SAAD ha sido analizada desde numerosos puntos de vista, y ha sido evaluada desde la administración y desde entidades del sector<sup>7</sup>. No es nuestra intención entrar aquí en un análisis pormenorizado. Lo que nos parece importante destacar son las dificultades que la red (el «sistema») de servicios sociales ha tenido para hacer responder al *encargo* más claro y de mayor peso que ha recibido en los últimos años.

La confusión conceptual afectó al propio debate político y parlamentario sobre la LAPAD. Una vez descartadas opciones como la de situar la atención a la dependencia en el marco de la Seguridad Social, la operación que plasma la ley debería estar clara. El parlamento central estableció unos elementos comunes para asegurar un mínimo igual de acceso de los ciudadanos en toda España a unos servicios sociales determinados que, como establecen los estatutos de autonomía, son responsabilidad exclusiva de las comunidades autónomas (aunque también de los ayuntamientos, al menos hasta fecha muy reciente). Lo hizo fijando una definición y un mecanismo de valoración de la dependencia comunes, estableciendo un catálogo de servicios común y un mecanismo de financiación del mínimo garantizado por la administración general del Estado. Así, la atención a la dependencia (el SAAD) sería un «subsistema» del sistema de servicios sociales, de hecho ya existente en buena medida, que pasaba a regirse por una definición mínima común del acceso como derecho subjetivo (Rodríguez Cabrero 2007).

No se trata de recordar en detalle los mensajes que circularon en la opinión pública en el período de su gestación. Pero más allá de posibles razones de oportunismo político, la presentación del SAAD como el «cuarto pilar» del Estado del bienestar (por tanto difícilmente entendible como «parte» de otro «pilar» preexistente) y la insistencia en su novedad (desvalorizar lo existente siempre revaloriza lo novedoso) no contribuyeron a un proceso satisfactorio de desarrollo.

Más allá de los problemas técnicos, logísticos y de gestión que han sido ampliamente analizados en los informes antes citados, intentaremos abordar brevemente la cuestión que para nosotros es central: ¿hasta qué punto el sistema de servicios sociales ha sido capaz de responder como se preveía al encargo de garantizar la atención a las personas identificadas como titulares del derecho subjetivo? Y si solo ha sido así de forma muy parcial, como creemos que se desprende de los datos, ¿se trata de una carencia de medios para atender a una población superior a la esperada, o se apuntan otro tipo de interpretaciones?

Las cifras son conocidas porque han aparecido en el debate público. En 2011 se alcanzó el millón de personas con derecho a ser atendidas por los servicios del SAAD, cifra global que ha descendido ligeramente, sobre todo desde 2012, al endurecerse las condiciones de acceso y

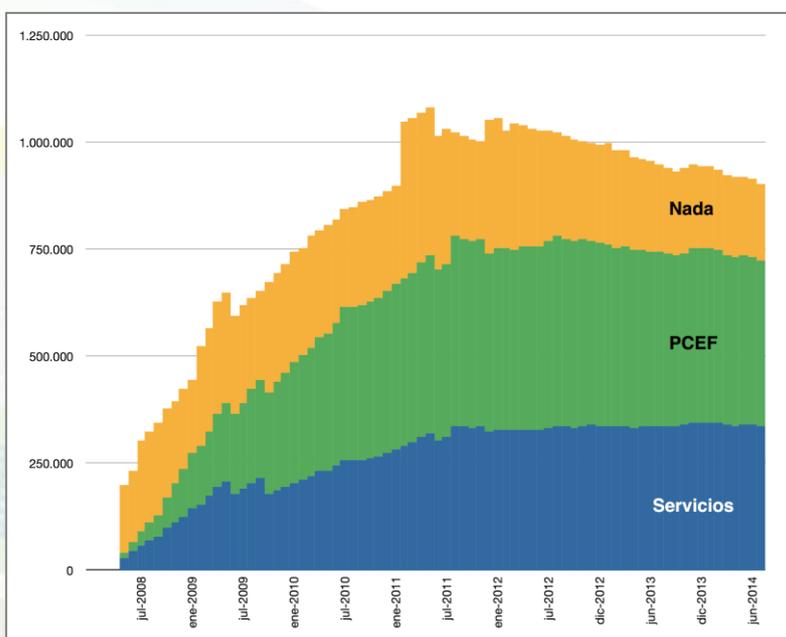
<sup>7</sup> Son numerosos los trabajos realizados sobre el desarrollo del SAAD. No es posible citarlos todos, pero son especialmente relevantes entre los oficiales el informe oficial del Gobierno (España 2011), el informe del grupo de expertos (Cervera Macià et al 2009) y el del Tribunal de Cuentas (España 2013). Desde posiciones críticas con la evolución reciente, son relevantes los documentos de la Asociación de Directoras y Gerentes en Servicios sociales, entre ellos (Barriga Martín et al 2011).

las inevitables bajas por fallecimiento en una población muy envejecida. En todo caso, la cifra a mediados de 2014 se situaba alrededor de 900 mil personas.

El SAAD debía ofrecer a cada una de estas personas un paquete de servicios de los previstos en el catálogo adecuado a las características y preferencias de la persona titular, cuyo contenido se recoge en los llamados PIA. Dichos servicios podían ofrecerse directamente por medio de establecimientos propios o concertados, o bien pagando a un proveedor privado (la llamada *prestación vinculada a servicio*). Excepcionalmente (se pensaba en situaciones de carencia de servicios adecuados), se podía pagar una prestación económica para retribuir a un familiar cuidador no profesional, que sería dado de alta en la seguridad social con cargo al Estado.

El desarrollo se ha visto claramente distorsionado. Desde el inicio, la oferta de servicios ha alcanzado alrededor de un 30 por ciento a las personas con derecho, parte que ha ido aumentando lentamente hasta estabilizarse en unas 340 mil personas. Dicha proporción ha aumentado ligeramente hasta un 37 por ciento a mediados de 2014, más por la reducción del total de personas con derecho que por el aumento de las personas atendidas por servicios. Alrededor de un tercio de las personas con derecho no recibían nada (estaban pendientes de PIA) cada mes hasta 2011, momento a partir del cual la proporción se ha ido reduciendo hasta uno de cada cinco en la actualidad. El grueso de las personas que no reciben servicios, algo más del 42 por ciento de total, recibe la prestación por cuidados en el entorno familiar, que se previó como excepcional.

**Figura 15. Evolución de las personas dependientes con derecho reconocido según el tipo de atención recibida**



Fuente: IMSERSO, Estadísticas del SAAD

Esta evolución a lo largo de siete años muestra que el patrón emergente es algo más que una distorsión fruto de las dificultades de la puesta en marcha. Aunque la proporción sobre el total puede cambiar como fruto de los cambios en el volumen de población protegida, lo que aparece es que la capacidad del sistema de servicios sociales de ofrecer cuidados a las personas dependientes se ha estancado en unas 340 mil personas.

Se ha aducido una preferencia cultural por el cuidado informal como explicación de esta «opción» por la PCEF. Sin negar que esta pueda existir en algunas situaciones, hay que

recordar que en el diseño de la LAPAD los cuidados familiares no eran una opción más, sino una excepción. Además, se sabe que en numerosas ocasiones los propios servicios sociales locales han orientado a las personas con derecho a aceptar la PCEF alegando lista de espera para el acceso a los servicios. Desde el punto de vista de la *comodidad* de la administración, la PCEF es una opción más sencilla de gestionar, mucho menos costosa y más flexible que la atención mediante servicios.

El sistema de copago de los servicios también puede estar empujando a una parte de las personas a aceptar la PCEF como la opción menos lesiva. Con la información sobre precios y copago de un gran ayuntamiento se puede ilustrar esta presión. Tomemos el caso de una persona con dependencia de grado III. Comparemos dos opciones: (a) recibir 70 horas mensuales de atención domiciliaria y (b) percibir la PCEF. En el caso de una persona cuyo ingreso sea la pensión no contributiva, la opción por el servicio supone recibir atención domiciliaria por valor de 1.136€<sup>8</sup> mensuales sin copago, mientras que la prestación supondría percibir 387€ mensuales. Aquí la opción por el servicio parece bastante razonable. Sin embargo, si subimos a un nivel de ingresos equivalente a la pensión media (980€ mensuales), la opción por el servicio supone un copago de 479€, equivalente a la mitad de sus ingresos. Con una pensión de 1.200€ mensuales, el copago asciende a 736€, casi dos tercios de sus ingresos. En estos niveles de renta (por otra parte tampoco excesivamente elevados), el copago disuade del uso de servicios y anima a solicitar la prestación económica.

Otro argumento utilizado para explicar la distorsión del modelo es el de la insuficiencia de la oferta servicios sociales en el momento de la implantación del SAAD, que habría obligado a recurrir a las prestaciones. Sin embargo, un análisis somero de los datos disponibles (también en este caso poco satisfactorios)<sup>9</sup> nos muestra algunos resultados en apariencia paradójicos.

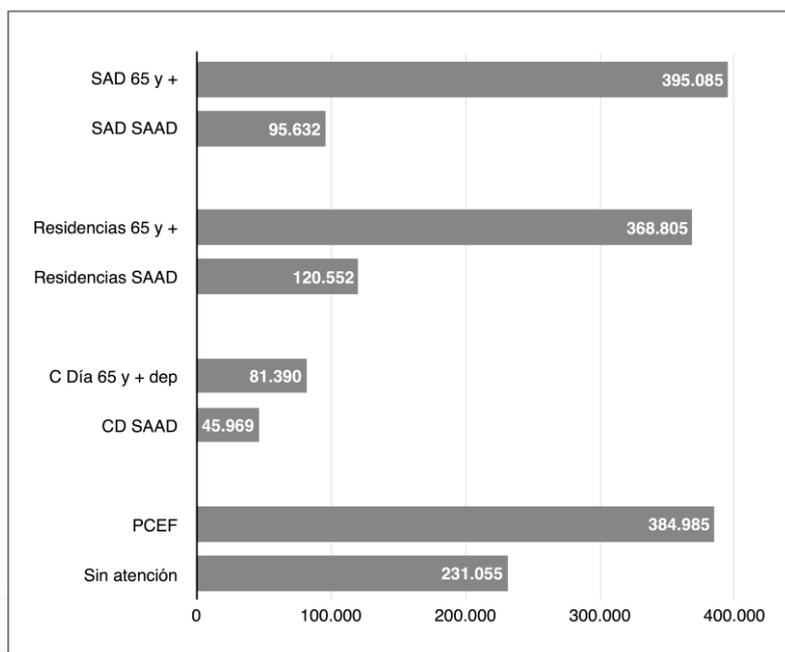
Si tomamos los datos de diciembre de 2011/enero de 2012<sup>10</sup> y ponemos en relación los que ofrecen las estadísticas del SAAD y los informes sobre servicios sociales para mayores del IMSERSO, el cuadro que aparece es el que refleja la figura 16.

<sup>8</sup> El valor del servicio se ha calculado a partir del precio público del mismo en el municipio analizado. Es probable que el coste real sea superior.

<sup>9</sup> Hay al menos tres fuentes diferentes de información sobre la oferta de servicios sociales en este campo. Por un lado, el Observatorio de Personas Mayores del IMSERSO recoge información procedente de las comunidades autónomas sobre servicios para los mayores de 65 años, cuyas ediciones más recientes son las de 2011 y 2012. En segundo lugar, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad publica en las memorias del plan concertado información sobre atención a domicilio. En tercer lugar, el IMSERSO publica los informes estadísticos sobre el SAAD. Se trata de tres marcos diferentes pero que se incluyen parcialmente unos a otros, y con los que es imposible establecer de forma clara un cuadro general de la situación. En lo que sigue intentamos una aproximación que debe tomarse con mucha cautela.

<sup>10</sup> No utilizamos las cifras de finales de 2012 porque las estadísticas de servicios presentan lagunas importantes.

Figura 16. Personas dependientes atendidas por servicios (vía SAAD) y total de plazas de servicios sociales para mayores en España (dic 2010/ene 2011)



Fuente: IMSERSO (estadísticas SAAD y *Los servicios sociales dirigidos a personas mayores en España dic. 2011*)

En principio, aunque las fuentes sean diferentes, es razonable pensar que las plazas de atención del SAAD están incluidas en las plazas contabilizadas en la estadística de servicios. De hecho, algunas personas atendidas por el SAAD son menores de 65, lo que supone que el volumen de servicios indicado es inferior al real, dado que una parte de los dependientes son menores de 65 años.

Los datos muestran que se está dedicando a la atención a las personas con derecho a atención por dependencia<sup>11</sup> solo una parte de los servicios disponibles. De hecho, en la mayor parte de los casos, una parte reducida. La mayoría de las personas atendidas por los servicios públicos de atención domiciliaria no son dependientes. La mayor parte de las plazas de residencias para mayores (públicas y privadas) están o bien ocupadas por no dependientes o desocupadas. En los centros de día la proporción de dependientes cubiertos por el SAAD es algo mayor, pero casi la mitad corresponden a «no dependientes» o a plazas vacantes.

Nada hay que objetar a la postura que sostiene que los servicios para mayores y dependientes pueden atender, además de a los dependientes (que tienen derecho y son por tanto destinatarios prioritarios), a otras personas en situaciones de necesidad menos intensa. El problema es que atiende a dichas situaciones no prioritarias cuando más de la mitad de los dependientes con derecho no reciben atención o ésta ha sido sustituida por la PCEF. Dicho de otro modo, la baja cobertura de servicios a las personas dependientes con derecho se produce al mismo tiempo que los servicios atienden sobre todo a otras personas, en situación *legalmente* menos prioritaria. Reconocer un derecho y la correlativa obligación pública significa fijar prioridades: a quien *hay* que atender y a quién *se puede* atender pero no es obligado. Hasta la fecha, los servicios domiciliarios, residenciales y diurnos atienden más a los usuarios no prioritarios que a los prioritarios.

<sup>11</sup> Por economía del lenguaje, llamaremos de aquí en adelante «dependientes» a las personas en situación de dependencia con derecho reconocido a ser atendidas.

En el fondo, este desajuste refleja la discrepancia entre la prioridad que fija la LAPAD para el sector de los servicios sociales y las múltiples prioridades que de hecho han fijado los diferentes actores presentes en el sector. Cuando el legislador ha decidido fijar una prioridad de atención garantizando un derecho a determinadas personas (y por lo tanto no a otras) y graduando volumen de atención en función de grados de necesidad formalizados, cada uno de los actores presentes ha respondido de forma diferente, manteniendo en muchas ocasiones sus propios criterios y prioridades en contradicción con las generales. Parece que, al menos, algunos han actuado como *veto players* (Tsebelis 2002). Es un indicio de que quienes discuten la calificación de *sistema* al sector de los servicios sociales no van desencaminados del todo.

Aunque nos faltan datos que permitan medir con detalle los problemas, el contacto con el sector permite identificar algunos de ellos con facilidad. En el caso de la atención domiciliaria, lo que parece suceder es que durante años, las administraciones locales (principales prestadoras de este servicio) han tenido como prioridad atender a personas no necesitadas de demasiada atención, a las que se proveía de un servicio de baja intensidad, más orientado a las tareas domésticas que al cuidado personal.<sup>12</sup> Las razones de esta opción pueden ser diversas: desde la rentabilidad de imagen pública de extender la atención a más personas a costa de la intensidad (y de la desatención de los casos de mayor necesidad) hasta la tendencia a atender solo cuando la familia no está presente (cosa menos habitual en quien es dependiente). En todo caso, se trata de prioridades decididas por cada administración titular del servicio y que van en dirección opuesta a la prioridad que fija la LAPAD.

Por lo que se refiere a las residencias, el asunto es un poco más complejo. Una parte de las plazas que no se destinan a dependientes con derecho están vacías. No disponemos de datos sobre ocupación de las residencias (una carencia sorprendente y un grave obstáculo a cualquier planificación sensata). Se han hecho algunas estimaciones. Antonio Abellán (2013) ha calculado, poniendo en relación datos censales de 2011 con las estadísticas sobre centros, que habría unas 70 mil plazas (una de cada cinco) sin ocupar. Responsables de las organizaciones de residencias privadas han hablado en la prensa de entre 40 y 50 mil plazas privadas vacías.<sup>13</sup> Esta capacidad ociosa es compatible con la existencia de listas de espera para casos graves en numerosas zonas.

La explicación del desajuste en este caso es más compleja, ya que los actores son tanto las administraciones locales y autonómicas como empresas privadas. Una parte del desajuste puede deberse a una oferta privada cara para una demanda poco solvente. Las peticiones a la administración para que concierte más plazas parecen expresar el deseo de pasar del modelo inicial (fallido) de actividad mercantil a uno de proveedor de servicio público. Parece probable que se haya producido una sobreoferta derivada de expectativas infundadas tanto de negocio mercantil como de concertación pública. Es posible que una parte de este exceso de oferta privada haya podido estar inducida en parte por incentivos desde la administración (cesiones de terrenos, subvenciones de diverso tipo). Hay indicios de que en determinados territorios se ha producido una sobreoferta pública, en especial fuera de los grandes núcleos urbanos. Además, los datos fragmentarios de los que se dispone muestran que aún existe un número importante de residentes no dependientes en residencias públicas o concertadas, fruto de un conflicto de prioridades parecido al descrito en la atención a domicilio.

Los problemas mostrados en estos dos tipos de servicios (domiciliarios y residenciales) muestran que existe un problema de desatención de personas con derecho a ser atendidas al mismo tiempo que hay disponibilidad, en unas ocasiones excesiva y en otras inadecuada, de servicios. Es posible que, aunque el grueso de los servicios mencionados se dedicasen a las

<sup>12</sup> Según el IMSERSO, en 2006, la intensidad media global era de 16,28 horas mensuales, de las que 5,97 eran de cuidados personales.

<sup>13</sup> Entre otras noticias, (Morán 2010). Hay estimaciones para Cataluña según las cuales un 10 por ciento de las plazas residenciales y un 35 por ciento de las diurnas estaban desocupadas en 2013, con una desocupación ligeramente mayor en las privadas que en las públicas (Playà 2013).

personas con derecho a atención, aún fuesen insuficientes. Pero hay evidencias de que existe un grave problema de mala asignación de los recursos existentes.

### 3. Algunas explicaciones

En las páginas que siguen exploraremos cuatro grandes problemas estructurales del sector de los servicios sociales que pueden ayudar a explicar algunas de las dificultades que padece. No se trata de una explicación exhaustiva. Sin duda hay otros factores muy diversos que contribuyen a las dificultades del sector. Pero estos cuatro problemas apuntan a fallas importantes que merecen una mayor atención. Presentaremos un análisis de cada uno de estos problemas y después formularemos algunas ideas sobre cómo podría abordarse una reforma de los servicios sociales que contribuyera a resolverlos.

#### 3.1. Pilar del Estado de bienestar o nivel de atención

Los servicios sociales son un campo de la política social cuyo desarrollo es relativamente reciente. Aunque muchas de las acciones que lo caracterizan (atención a personas mayores, a menores sin familia, a personas con discapacidad) tienen una trayectoria de siglos, hasta tiempos bastante recientes tales acciones se entendían no tanto como un *pilar* del Estado social sino como un último nivel<sup>14</sup> protector, subsidiario de la protección ordinaria, y confinado a situaciones de desamparo familiar y carencia de medios. No se trataba tanto de su carácter asistencial o *means-tested*, sino de una posición externa a la arquitectura central del Estado social, constituida por tres grandes pilares: la garantía de ingresos (pensiones, desempleo, prestaciones por hijos, etc.), la sanidad y la educación. Estos tres grandes pilares no excluían la existencia de otros dispositivos. La política de vivienda social ha constituido en muchos países un pilar de gran importancia. Sin embargo, la asistencia a personas dependientes, desamparadas o marginales se situaban en otra lógica, la de un nivel protector heredero de los antiguos dispositivos de socorro a la pobreza desamparada e incapaz de trabajar, modernizados en algunos casos.

Los Estados de bienestar clásicos, continentales, no incorporaron en una primera fase la idea de un cuarto (o quinto o sexto, según se cuenten) pilar encargado de los cuidados a menores y a los adultos no autónomos, cuya responsabilidad se situaba en el ámbito familiar. En este sentido, el desarrollo temprano de este pilar en los países escandinavos es otra muestra del carácter atípico del Estado de bienestar nórdico (Morel et al 2012), aunque haya quien tienda a verlo como el modelo canónico.

A partir de los años 90, coincidiendo con un aumento sustancial de la participación de las mujeres en el empleo y las perspectivas de un envejecimiento de la población, la mayor parte de los grandes países continentales inician el desarrollo de sistemas de cuidados de larga duración, que constituyen una de las columnas vertebradoras de un posible nuevo pilar del Estado social. En muchos de estos países, y en especial en sus casos de desarrollo más tardío y de menor empleo de las mujeres, lo que llamamos servicios sociales son un híbrido, un campo en proceso de transformación desde el antiguo *nivel* de la beneficencia o la asistencia social hacia un nuevo *sector* o *pilar* del Estado de bienestar.

En España la *marca* servicios sociales recibe un impulso decisivo a partir de la aprobación de las leyes autonómicas de servicios sociales entre 1982 y 1992. Dicha marca tiene raíces

<sup>14</sup> Utilizando una metáfora gráfica que se puede encontrar en las figuras que se presentan más adelante, llamamos *pilar* a un campo *vertical*, definido por la parte de las necesidades de que se ocupa; y *nivel*, a un campo *horizontal* definido por el sector de población al que protege.

anteriores (Casado 2002), y tampoco es única.<sup>15</sup> Sin embargo, varios trabajos han señalado desde hace años algunas de las dificultades que presenta la definición y delimitación de ese campo. Se ha cuestionado la definición de su objeto (Gaviria et al 1992), se ha hecho referencia a su débil imagen sociocientífica (Casado Pérez et al 1994) y a la imprecisión con que son percibidos por la opinión pública. En nuestra opinión estas dificultades se explican no solo por la juventud del sector (Rodríguez Cabrero 2004), sino también por su carácter de sector emergente o, si se prefiere, de campo en transición de ser un *nivel* a ser un *pilar*.

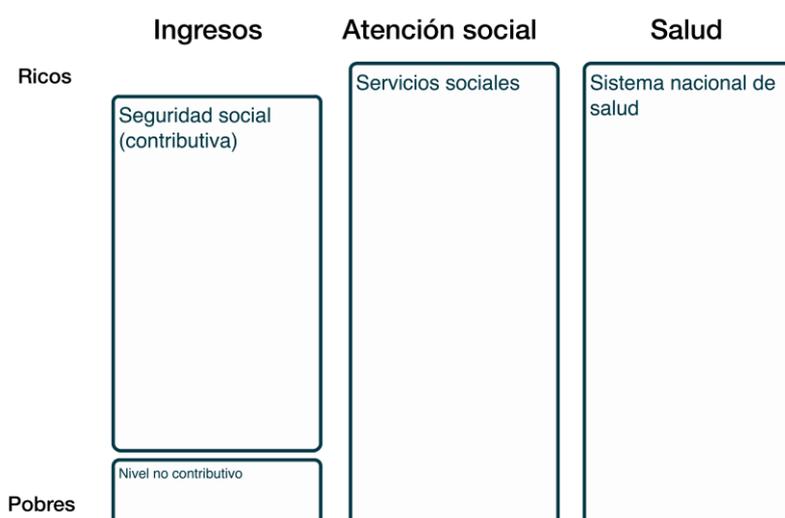
En otro lugar hemos analizado las raíces históricas de la posición ambigua de los actuales servicios sociales en la arquitectura del Estado social español (Aguilar Hendrickson 2009). El paso de un modelo (figura 17) en el que predominaba la lógica de niveles (seguridad social y asistencia social), compartimentados éstos en sistemas correspondientes a cada sector (rentas, sanidad, atención social) a un modelo más situado en la lógica de pilares (figura 17) tuvo su momento decisivo en la reforma sanitaria de 1986, que integró los servicios sanitarios de los dos niveles en un único pilar.

**Figura 17. Esquema de la arquitectura del Estado social en España 1960–1985**



<sup>15</sup> Las denominaciones utilizadas en nuestro país son muy diversas: asuntos sociales, política social, integración social, bienestar social, etc.

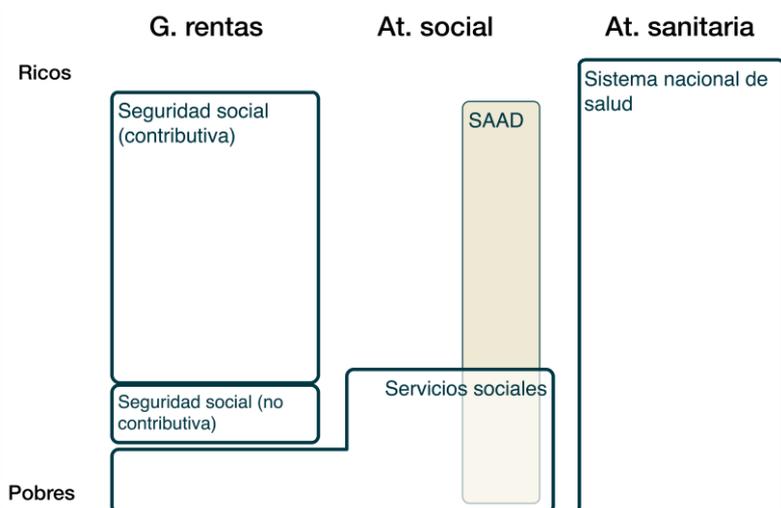
Figura 18. Esquema de la arquitectura del Estado social en España 1985 en adelante (el proyecto)



Esta reconfiguración y el propio discurso de la reforma de los servicios sociales que se hacía eco en buena medida del discurso de la reforma sanitaria (Casado 2002), parecían abocar a los servicios sociales a definirse como un pilar. Sin embargo, esta reubicación no vino acompañada de una definición satisfactoria del contenido y los límites del campo.

La definición del objeto de los servicios sociales que se encuentra en las leyes suele incluir tres elementos (Rodríguez Cabrero et al 2011, pp. Cap. 3). En primer lugar, una definición muy genérica a la calidad de vida o el bienestar, cosa cierta sin duda pero que no determina qué parte específica de la calidad de vida o del bienestar queda en el campo de acción de los servicios sociales y no en otros pilares. En algún momento de los debates sobre la reforma en los 80 se insinuó un papel de dispositivo coordinador de los demás pilares, que nunca tuvo plasmación práctica (Las Heras, & Cortajarena 1979). En segundo lugar, se suelen enumerar una serie de grupos de población (menores, mayores, personas con discapacidad, y otros) como los destinatarios prioritarios. Aunque las poblaciones identificadas no coinciden del todo (aunque sí en gran parte) con las que determinaban el objeto de la beneficencia pública, este tipo de definición vuelve a responder a la lógica de *nivel* (a quién se atiende) y no a la de *pilar* (qué atención se ofrece). En tercer lugar, con frecuencia se hace referencia a la cobertura de las necesidades básicas de las personas (se entiende que de aquellas que no las tienen cubiertas con un salario o con prestaciones del pilar de garantía de rentas). Esta tercera fórmula deja clara la presencia de los servicios sociales en una parte del *pilar* de garantía de rentas. Si añadimos que buena parte de los servicios que ofrece este ramo de actividad han estado dirigidos exclusiva o prioritariamente a los sectores de bajos ingresos, al menos hasta la creación del SAAD, la posición real de los servicios sociales en la arquitectura del Estado de bienestar español se parece más a la que refleja la figura siguiente.

Figura 19. Esquema de la arquitectura del Estado social en España: la posición ambivalente de los servicios sociales



Este problema de inadecuada definición del campo de los servicios sociales tiene efectos negativos de varios tipos.

En primer lugar, la confusión en la definición no ayuda a que responsables institucionales, los que trabajan en los servicios, la población en general, las personas usuarias ni los medios de comunicación tengan claro qué son y qué no son, que hay que esperar y qué no de los servicios sociales. Estas dificultades no solo se traducen en malentendidos que molestan a muchos trabajadores de los servicios sobre cómo habla de ellos en los medios. Están en la base de expectativas de los ciudadanos respecto a los servicios sociales difíciles de atender, y que dan lugar a frustraciones y conflictos.

En segundo lugar, una inadecuada delimitación del campo crea dificultades de trabajo no sólo en su interior (qué nos corresponde y qué no nos corresponde hacer) sino sobre todo dificultades graves de coordinación y cooperación con otros pilares. La carencia de una delimitación clara y compartida hace que las relaciones con el sistema sanitario, con las políticas activas de empleo o con las políticas de vivienda. En el campo de la atención sociosanitaria ha habido frecuentes dificultades en cuestiones como la atención domiciliaria a personas con trastornos mentales graves<sup>16</sup> o la atención sanitaria en las residencias de mayores.<sup>17</sup>

En tercer lugar, esta inadecuada delimitación ha hecho que los servicios sociales *mantengan un pie puesto* en el campo de la garantía de rentas. La mayoría de las comunidades consideran las rentas mínimas de inserción como una prestación de los servicios sociales. Pero las rentas mínimas de inserción son claramente un dispositivo de garantía de ingresos. Incluso las ayudas de emergencia social lo son. Se trata de prestaciones en dinero que tienen como finalidad

<sup>16</sup> En diversas comunidades la discusión sobre la atención domiciliaria a enfermos mentales se planteaba en los siguientes términos. Desde los servicios sociales se entendía que eran los servicios de salud mental quienes debían prestarles atención, ya que se trataba de «enfermos mentales». Los servicios de salud mental respondían que a ellos les correspondía la atención psiquiátrica y psicológica del trastorno mental, pero no los cuidados personales y domésticos. La incoherencia entre definiciones en clave de «de qué población me ocupo» o «de qué parte de las necesidades de las personas me ocupo» aparece claramente reflejada en esta discusión.

<sup>17</sup> ¿Se trata de un servicio «social» porque lo presta un establecimiento de servicios sociales o de un servicio de salud por su contenido claramente sanitario? Más allá de las precisiones conceptuales, la cuestión tiene efectos muy importantes sobre cómo debe financiarse.

contribuir a que las personas sin medios suficientes los tengan, sean *solventes* para cubrir necesidades básicas. Desde este punto de vista no se diferencian de la Renta activa de inserción, de los subsidios por desempleo ni de otras prestaciones análogas. La gestión de acceso podrá realizarse en los servicios sociales, como la de los subsidios por desempleo se realiza en las oficinas de colocación, pero eso no convierte tales prestaciones ni en parte de los servicios sociales ni de las políticas activas de empleo.

Esta confusión tiene varios efectos importantes y negativos. Por un lado, las rentas mínimas de inserción (como cualquier otra prestación para la subsistencia o para cubrir las necesidades básicas) tienen que ser coherentes con el conjunto del sistema de garantía de ingresos. Las condiciones de acceso, el escalonamiento de las cuantías, las formas de cálculo de los ingresos computables (cuáles si cuáles no, delimitación de la unidad a valorar, etc.) tiene que ser coherentes para el conjunto de las prestaciones, y guardar relación con el salario mínimo y otros dispositivos. La existencia o no de prestaciones por hijo a cargo y su cuantía, la extensión de otros subsidios y prestaciones afectan directamente a las cuantías y la extensión de las rentas mínimas. Es fácil entender cómo de hecho se comportan como vasos comunicantes. Cualquier modificación en un sentido u otro de los subsidios por desempleo tendrá un efecto inverso en la demanda de las rentas mínimas. Eso exige una concepción y una regulación integradas del conjunto del campo con independencia de que pueda establecerse como punto de acceso un tipo u otro de servicios. Las prestaciones por desempleo podrían gestionarse desde el INSS (como una prestación económica más) y se gestionan desde las oficinas de empleo por comodidad y proximidad a otros servicios que las mismas personas tiene que utilizar. Pero se hace de manera separada y con lógicas diferentes. Nadie entiende que sea tarea de un orientador laboral dar acceso o no a subsidios y prestaciones por desempleo.

Por otro lado, esta confusión contribuye a establecer en el imaginario y las expectativas del público la idea de que los servicios sociales son los encargados de ayudar (con eficacia, se espera) a quienes carecen de ingresos para cubrir necesidades básicas. Los servicios sociales que tenemos ni son los que lo hacen en mayor medida (el INSS y el SPEE lo hacen en un grado infinitamente mayor) ni están en condiciones de hacerlo. Si tuvieran que hacerlo, los servicios sociales deberían ser muy distintos de lo que son. Seguramente serían necesarios muchos menos profesionales y mucho más dinero en prestaciones económicas. Pero esa opción carecería de sentido, porque impediría a los servicios sociales desarrollar lo que podríamos llamar funciones propias, y no está nada claro que gestionaran esa fracción de la garantía de rentas mejor que las instituciones antes mencionadas. Esta confusión, junto con el carácter discrecional de muchas de estas prestaciones en el marco de los servicios sociales (sobre la que volveremos en el siguiente apartado), está en la raíz de las crecientes tensiones, en ocasiones violentas (Blanchar 2014), entre personas sin recursos y los servicios sociales. La dificultad no está tanto en no responder a esta necesidad (tampoco lo hacen los centros de salud o las oficinas de empleo y nadie se indigna con ellos por eso), sino en no hacerlo cuando la percepción general (y una parte de la realidad) es que los servicios sociales son los encargados de hacerlo.

### 3.2. Derechos o discrecionalidad

Con frecuencia se ha presentado como la principal diferencia entre los servicios sociales modernos y la beneficencia pública la garantía de derechos subjetivos de los primeros frente al carácter supuestamente graciable de la segunda. Algunos autores (pocos) rebatieron la caracterización de la beneficencia pública como graciable (Aznar López 1996; Aznar López 1990; Casado 2002). En otro lugar hemos analizado la concepción de obligación de atención

sin reconocer derechos subjetivos que caracterizó a la beneficencia pública (Aguilar Hendrickson 2010).<sup>18</sup>

Lo cierto es que la regulación de los servicios sociales apenas estableció derechos precisos y exigibles por los ciudadanos, al menos hasta las leyes de los años 2000. Más aún, tampoco se mantuvo el ambivalente principio de obligación pública de la beneficencia, de forma que una parte muy sustancial de las prestaciones y servicios ofrecidos han tenido carácter discrecional. Tampoco se optó por un modelo claro de acceso en condiciones de concurrencia, con baremos y criterios de prioridad o de selección claros, como sucede en otros campos (por ejemplo, en la adjudicación de viviendas de protección oficial).

La discrecionalidad no solo supone una devaluación de la condición de ciudadano, que pasan de ser sujetos de derechos (y obligaciones) a personas sometidas a decisiones cuyos criterios no siempre conocen y en general no pueden impugnar. Convierte, además, a los profesionales de los servicios sociales en decisores sobre el acceso o no de los ciudadanos no sólo a servicios sino, como acabamos de ver, a prestaciones para cubrir sus necesidades básicas. Joan Cortinas Muñoz (2012b; 2012a) ha analizado en el caso de la renta mínima en Cataluña los criterios no escritos ni siempre explícitos que siguen los profesionales para tomar tales decisiones. Hay evidencias de que, además, la forma en que se ajustan o no a tales criterios varía mucho de un profesional a otro, lo que aumenta el riesgo de arbitrariedad.

Una simple lectura del recientemente aprobado *Catálogo de referencia de servicios sociales* muestra la abundancia de prestaciones o servicios a los que se accede por «decisión técnica». «Decisión técnica» que, a diferencia de lo que se ha apuntado en ocasiones, no es una decisión profesional libre que por sí misma causa el acceso (como sucede con el personal médico en la sanidad pública), sino que está condicionada por limitaciones de disponibilidad presupuestaria y en ocasiones de conveniencia institucional.

Lo que subyace a esta concepción es una vieja idea compartida por la mayoría de los sistemas de beneficencia o asistencia a la pobreza liberales de tipo continental (no así por el caso inglés). Se trata de la idea de que la protección última contra la pobreza no debe regularse como un derecho garantizado (la «caridad legal» que se criticaba en nuestro país como el error *británico* en este campo) sino como una protección decidida y tutelada de cerca, caso a caso, por personas (inicialmente ciudadanos respetables, con el tiempo profesionales) que condicionaban el apoyo a la buena conducta de los perceptores de la ayuda.<sup>19</sup>

Este modelo de acceso entre discrecional y tutelar introduce un grado de diversidad en las respuestas que agrava la percepción confusa que los ciudadanos tiene de los servicios sociales. Lo que uno puede recibir de los servicios sociales no depende ya solo de cada territorio o cada administración actuante (que pueden tener ofertas de servicios diferentes) sino incluso del profesional y de la mejor o peor relación que la persona pueda establecer con él o ella. Además de dañar una expectativa legítima de los ciudadanos de igualdad de trato, contribuye al desorden del sector.

La discrecionalidad ha supuesto, además, un desincentivo a la eficiencia en el uso de los recursos. Es la combinación de recursos limitados y obligaciones precisas la que lleva a buscar las formas más eficientes de obtener los resultados exigidos. Si un responsable de un programa de gasto puede decidir a discreción cuándo concede y cuándo deniega un servicio o prestación, cuadrar las cuentas resulta demasiado fácil.

<sup>18</sup> Rafael Vallejo Pousada ya había llamado la atención sobre esta concepción en (Vallejo Pousada 2007), y Juan Vida Soria la había abordado durante los debates sobre la plasmación efectiva del derecho a la asistencia social en los años sesenta (Vida Soria 1968).

<sup>19</sup> Su primera formulación probablemente fue el llamado «sistema de Elberfeld» establecido en Alemania durante la segunda mitad del siglo XIX (Frohman 2008). Buena parte de los debates de la misma época en Francia y España fueron en la misma dirección (Gérando 1854; Arenal 1861; Arenal 1946).

### 3.3. Qué modelo de atención para qué demanda

Otra de las cuestiones que necesita de un análisis en profundidad y de un replanteamiento es lo que podríamos llamar el modelo de atención de los servicios sociales. Un modelo de atención incluye numerosos elementos, desde la definición de los procesos y el tipo de profesionales y competencias necesarias hasta las formas de organización del trabajo. En este apartado solo queremos analizar dos elementos del modelo de atención que nos parecen especialmente relevantes desde el punto de vista del conjunto del sector. Se trata de la organización en dos niveles, el primario y el especializado y la orientación a la demanda.

#### 3.3.1. Servicios primarios y especializados

Un rasgo típico de la organización de los servicios sociales en España desde los años 80 ha sido la estructuración del sector en dos niveles. Un primer nivel denominado «de atención primaria», «comunitario», «general» o «básico» y un segundo nivel llamado «especializado». El primer nivel está formado por servicios de tipo casi siempre inespecífico o generalista, descentralizados en el territorio, que prestan una atención de tipo «ambulatorio» (sobre todo, aunque no solo, en forma de consulta en despacho), domiciliario y, con menos intensidad, en el espacio público. Son de titularidad local, en la mayor parte de los casos municipal y en otros de diputaciones, comarcas o mancomunidades de municipios, y coinciden a grandes rasgos con el ámbito del Plan Concertado.

Desde el punto de vista material, consiste en una red de unos 1.373 centros de servicios sociales que incluyen unas 4.723 unidades de trabajo social, equipos profesionales que atienden a la población de un territorio. Estos servicios encargan un volumen importante de actuaciones de forma externa a proveedores privados.

El segundo nivel, o «especializado» está configurado por servicios en principio orientados a grupos de población específicos. Incluye sobre todo servicios residenciales y de atención diurna, aunque también servicios de tipo «ambulatorio». Su organización suele estar bastante compartimentada por especialidades. Aunque los grandes bloques sean los de personas mayores, infancia en desamparo o riesgo, personas con discapacidad o personas en situaciones de exclusión, la subespecialización es muy habitual. Esa subespecialización no afecta con frecuencia solo a la orientación o el foco del servicio, sino a su organización institucional y a los circuitos de acceso. En el campo de la discapacidad, por ejemplo, el modelo se caracteriza por el predominio de circuitos de atención específicos para tipos de discapacidad muy determinados que se han organizado a través de asociaciones o fundaciones. Este nivel suele ser de titularidad autonómica (salvo los centros de referencia estatales) aunque es frecuente encontrar este tipo de servicios en manos de diputaciones provinciales y otros entes locales. Según los datos del IMSERSO, son abundantes los servicios gestionados por entidades privadas, que representan, por ejemplo, el 75 por ciento de las residencias y el 60 por ciento de los centros de día de mayores.

Esta separación en dos niveles tiene diversas raíces. Por un lado, en los años 60 se impulsaron en muchos países servicios de base territorial local, orientados a las comunidades en las que se situaban, movidos en parte por la preocupación por las dificultades sociales que experimentaban los barrios («suburbios») que recibían el aluvión de migración del campo a la ciudad. Este movimiento inspiró el tipo de servicios que se empezaron a crear desde algunos ayuntamientos en los años 70 y que se generalizaron en los 80, ya con un carácter más formalizado y más orientado a la atención individual que colectiva. El eco de la reforma inglesa de los servicios sociales locales que integró en un único departamento servicios hasta entonces muy fragmentados contribuyó a reforzar la idea de uno servicios generalistas,

inespecíficos y arraigados en el territorio. A su vez, esta imagen tenía una fuerte analogía con la atención primaria de salud.

Sin embargo, ya en esa fase inicial, el modelo presentaba alguna diferencia sustancial con la atención de salud. En primer lugar, la atención primaria de salud es un nivel cuya implantación se hizo reestructurando el conjunto del sistema de salud, aunque tal vez no tanto como los reformistas hubiesen querido. En segundo lugar, a pesar de las especialidades, la medicina tiene algunos elementos comunes que en el caso de la atención social no son tan evidentes. Recordemos que en su forma más pura, el modelo sanitario incluye un nivel primario generalista (a veces con «especialistas» como pediatras y otros) en los centros locales de salud y un nivel secundario construido alrededor de un único establecimiento, el hospital, con servicios especializados que atienden interna y externamente. Es difícil concebir hoy un *único* establecimiento especializado en el que sean atendidas todas las poblaciones con las que intervienen los servicios sociales, aunque fuera con servicios especializados en su interior.

Además, hay que recordar que la unificación de servicios en Inglaterra nunca tuvo la radicalidad generalista que tuvo aquí. Desde sus inicios la atención a familias con menores y adultos necesitados de atención se organizó por separado, y los servicios sociales ingleses tienen un papel casi nulo en la atención a personas en razón de su carencia de medios o en situaciones de marginalidad. La integración se produjo integrando equipos especializados, que aportaban su conocimiento previo, y no creando desde cero equipos de profesionales generalistas.

Hubo además algunas razones propias de la situación española y de su tradición que tuvieron probablemente su peso y con frecuencia son pasadas por alto. La creación de dos «ámbitos» separados resolvía un conflicto institucional entre los ayuntamientos (en especial los de las capitales de provincia o comunidad) y las nacientes comunidades autónomas. Los primeros ganaban protagonismo en este campo gracias al desarrollo de los nuevos servicios «primarios», pero los gobiernos regionales, que en aquella época eran más débiles que los grandes ayuntamientos, trataron de mantener su espacio con los servicios que les llegaban del Estado y en muchos casos de las diputaciones provinciales. Hubo algo de reparto salomónico (los primarios para los ayuntamientos, los especializados para las comunidades) que respondió más al equilibrio entre las instituciones que a la salud del objeto repartido. De hecho, en el reparto resonaba el eco del antiguo reparto de papeles entre diputaciones y ayuntamientos de la ley de beneficencia de 1849 y los conflictos derivados de la clasificación de establecimientos durante el siglo XIX (Aguilar Hendrickson 2010).

### 3.3.2. A remolque de la demanda

El otro rasgo problemático del modelo de atención es su sometimiento a la demanda. Los servicios sociales, como en buena medida pasa con el sistema sanitario, actúan respondiendo a aquello que los ciudadanos les demandan. Es evidente que la demanda debe atenderse y debe recibir respuesta. Pero tanto en el campo de la salud como más aún en el de los servicios sociales se está abriendo paso un debate sobre la necesidad de aumentar la capacidad de acción estratégica y proactiva (Bengoia Rentería 2014).

Esta limitada capacidad de focalizar la acción sobre objetivos estratégicos, estratificar poblaciones y dimensionar respuestas en función de grados de necesidad, así como de dar un papel más activo a las propias personas usuarias es especialmente intensa en el nivel primario, precisamente allí donde es más necesaria. En buena medida se explica por lo que podríamos denominar un *déficit cognitivo* del sistema, que nace de una muy débil conceptualización de los tipos de situaciones, necesidades y demandas sobre las que interviene. Los sistemas de información de los servicios sociales muestran una debilidad pasmosa cuando se entra en el

registro de estos aspectos,<sup>20</sup> problema al que también contribuye el generalismo inespecífico de la atención primaria. Al no ser capaz de estructurar suficientemente la realidad que se le presenta, la red de servicios se ve condenada a ir a remolque de lo que le va llegando, respondiendo como puede. Por ilustrarlo con un ejemplo preciso, los servicios sociales pueden responder razonablemente bien, dentro de sus limitaciones, a la demanda de una persona que solicita que se valore su dependencia y posteriormente se le «haga un PIA». Pero si se trata de pilotar a medio y largo plazo un *proceso de cuidados* que deberá variar y ajustarse a lo que vaya sucediendo, implicando a las personas dependientes, a los cuidadores y una serie de servicios locales de diverso tipo, su capacidad desciende radicalmente. Organizar una multitud de procesos de cuidados, estratificados por grados de necesidad, con capacidad de prever las demandas que emergerán en esos procesos a corto y medio plazo está, hoy por hoy, fuera del alcance de los servicios sociales en su conjunto.

Al igual que sucede en el campo de la salud, un modelo orientado por la demanda puede ser relativamente eficaz cuando lo que tiene delante son patologías agudas (o en el campo social, problemas puntuales). Cuando lo que hay que abordar son patologías crónicas o problemas duraderos (como por ejemplo, los relativos a la vejez y la dependencia), un modelo asistencial así está condenado a la ineficacia y la ineficiencia. Además de poco eficaz, es insostenible.

### 3.3.3. Algunas consecuencias

Tiene sentido que una red o sistema de servicios con escalas de atención diversas tenga lo que podemos llamar niveles de atención, y que éstos se escalonen territorialmente. Sucede en la sanidad, pero también en la educación o en numerosas otras organizaciones. Pero la forma concreta en que se definen los niveles y sus relaciones es clave para un buen funcionamiento.

En el caso de los servicios sociales, la fractura entre los dos niveles es muy fuerte. Dependen de administraciones diferentes (y el nivel primario de numerosas administraciones diferentes), cosa que añade un grado importante de complejidad a su funcionamiento integrado. Los niveles separan establecimientos y servicios que prestan atenciones a las mismas personas por los mismos problemas, pero que acaban respondiendo a lógicas diferentes. Por ejemplo, los cuidados a personas dependientes pueden ser provistos en un entorno residencial o diurno (y entonces son «especializados») o en el domicilio de la persona (y entonces son una forma de atención «inespecífica»). Visto desde la atención primaria, ¿porqué debería entenderse la ayuda a domicilio como un mecanismo básico de los cuidados de larga duración si se conceptualiza como un servicio inespecífico que puede ocuparse de cosas muy diversas? Pero visto desde el conjunto del supuesto «sistema», la atención domiciliaria es una pieza clave, probablemente *la* pieza clave, de un sistema sólido de cuidados de larga duración. Algunas de las tensiones a las que nos hemos referido antes al analizar la implantación del SAAD se explican mejor si tenemos en cuenta este problema.

El «generalismo» de los servicios primarios y de la mayoría de sus profesionales, unido a la sobreespecialización de buena parte del nivel especializado, crean además dificultades importantes para mejorar la eficacia y gestionar adecuadamente el conocimiento en los servicios sociales. La existencia de un punto de acceso único e inespecífico puede ser muy conveniente. No todas las demandas están claras desde el principio, y un primer mecanismo de selección y encauzamiento, en especial en campos como el social, pueden evitar numerosos problemas. Sin embargo, más allá de esta función de triage, cuando comienzan procesos de atención más intensos, es difícil que un profesional pueda ser al mismo tiempo un buen organizador de cuidados de personas dependientes, un buen acompañante de procesos

<sup>20</sup> Los datos del SIUSS y de otros sistemas parecidos relativos a los grupos de población atendidos y los problemas planteados son prácticamente inutilizables, y la muchos responsables de la administración lo reconocen en privado. El problema no radica tanto en los sistemas de registro en sí, sin duda mejorables, sino en la conceptualización débil de estos aspectos.

de incorporación social y un buen interventor en conflictos familiares que afecten a menores al mismo tiempo, y además pasando de un rol al otro varias veces al día todos los días. Por lo tanto parece razonable sostener que, en la parte que va más allá de ser puerta de entrada, la atención «primaria» necesita de una cierta especialización.

Correlativamente, una correcta transmisión de los conocimientos y experiencias necesita de un campo de acción específico común. La atención especializada a, por ejemplo, personas dependientes ha ido generando y acumulando saberes, conocimientos y experiencias sobre qué hacer y qué no hacer, sobre cómo abordar diferentes dificultades, sobre cómo pueden potenciarse las capacidades de sus usuarios que difícilmente pueden compartirse y trasvasarse a la atención a los dependientes en el domicilio y la comunidad si en éste último nivel no hay profesionales especializados en el campo. Otro tanto podría decirse del trabajo con familias con menores en dificultad y de otros campos.

### 3.4. El desgobierno

España tiene una estructura de gobierno territorial con graves disfunciones. Las actuales tensiones territoriales son una prueba inapelable de ello, aunque no haya acuerdo sobre cuáles son esas disfunciones y menos aún sobre cuáles sean las soluciones. Desborda el ámbito de un trabajo como éste analizar esas disfunciones, pero es necesario señalar algunas de ellas. Los servicios sociales padecen en mayor medida tales disfunciones que otros campos de la acción social pública porque siguen extendidos por la mayor parte de los niveles de gobierno territorial, mientras otros campos, como la sanidad o la educación se limitan a dos de esos niveles, con claro predominio de uno de ellos.

Sin entrar en detalles, hay algunos rasgos de la configuración del gobierno territorial español que deben recordarse:

a) En España parecen convivir, en conflicto, dos modelos de estado: un estado unitario centralizado, creado en el segundo tercio del siglo XIX siguiendo el patrón francés; y un estado federal *vergonzante*, que ha sido resultado de la generalización a todos los territorios de la respuesta inicial a las tensiones territoriales en algunos de ellos (la autonomía como excepción a la norma unitaria). Ello no se traduce solo en conflictos entre los niveles central y autonómico (evidentes y abundantes) y en la falta de mecanismos de cooperación horizontal eficaces, sino en interferencias con el nivel local. La tradicional estructura provincial y municipal procede del estado unitario y ha sido en parte eliminada (en las comunidades uniprovinciales), en parte reforzada (en el País Vasco y en las comunidades insulares) y en parte superpuesta con formas de organización que compiten con las provincias (las comarcas en Aragón y Cataluña). Es innecesario explicar aquí hasta qué punto esta realidad es fuente de disfunciones y conflictos.

b) Un segundo rasgo es la habitual separación entre quien tiene que desarrollar determinadas tareas y quien dispone de los medios económicos para financiarlas. Es una situación recurrente que ciertas administraciones se vean en la necesidad de poner en marcha acciones para las que no cuentan con medios propios suficientes para cuya financiación recurren a otras administraciones que pueden aportar fondos. No es raro que una administración local preste servicios sociales que estén parcialmente financiados por dos o tres niveles administrativos más, y en ocasiones por departamentos diversos de esas administraciones. Este mecanismo crea por un lado, una falta de transparencia ante los ciudadanos. Mi ayuntamiento me presta servicios no solo con los impuestos que me exige, sino «sacándole» recursos a otras administraciones. Los impuestos que recaudan esas otras administraciones no entran en éste cálculo. Ello se convierte en un fuerte incentivo a la irresponsabilidad: se hacen cosas que uno no haría con su dinero, pero que si las paga «otro» son aceptables, aunque al final detrás de ese otro esté el mismo contribuyente (o tal

vez el de otro territorio). Además ha impulsado un proceso de clientelismo interadministrativo y unos elevados costes de transacción.

c) Al menos en el campo de los servicios sociales, y probablemente en otros de naturaleza análoga, la *competencia* en una materia se entiende como potestad para hacer cosas más que como *responsabilidad* que obliga a hacer determinadas cosas.

d) El mapa territorial es enormemente complejo. Las comunidades autónomas tienen poblaciones y dimensiones territoriales muy heterogéneas y se mantiene un *minifundismo* municipal que condena a la mayoría de los municipios a una posición muy débil.

Los servicios sociales están en manos de *todos* los niveles administrativos, que son hasta cinco. Esta configuración administrativa significa que en España hay varios cientos de instituciones políticamente autónomas en materia de servicios sociales. Además de la administración general del Estado y las 17 comunidades autónomas, hay que contar 54 diputaciones provinciales o consejos y cabildos insulares, 70 comarcas y 388 mancomunidades de municipios, 399 municipios mayores de 20 mil habitantes y 7.717 menores de 20 mil, muchos de los cuales, aunque no obligados, son responsables de servicios sociales. Esta multiplicidad de actores políticamente autónomos, que pueden decidir sobre la amplitud o no de los servicios y sus precios públicos, por ejemplo, crea importantes necesidades de coordinación del sector y dificulta los procesos de reorientación del conjunto del sistema que pueden ser *vetados* por muchos de los actores de los niveles inferiores.

| Nivel                   | Número      |
|-------------------------|-------------|
| Central                 | 1           |
| Regional                | 17          |
| Provincial/insular      | 54          |
| Supramunicipal/comarcal | 70 + 388    |
| Municipal               | 399 + 7.717 |

## 4. Ideas para una reforma

A continuación esbozamos algunas de las ideas que nos parecen merecer un debate para una reforma de los servicios sociales que pueda superar estas dificultades y disfunciones.

### 4.1. Delimitar el espacio

Es necesario establecer y delimitar con claridad el campo de acción de los servicios sociales. En principio, parece lógico y coherente con la arquitectura del Estado social en España configurar los servicios sociales como un pilar definido por la parte de las necesidades humanas de las que se ocupa. Por lo que se refiere al objeto propio de la acción de los servicios sociales, pensamos que podría formularse a partir de las siguientes grandes líneas:

- a) Hacer frente a las limitaciones que padecen algunas personas para desarrollar por sí mismas las actividades de la vida diaria. El núcleo de dicha función consiste en la prestación de cuidados personales, en general a largo plazo, a las personas que presentan diversos grados de dependencia. Sin embargo, ello no excluye de esa función las actividades de prevención, orientadas a reducir la demanda de cuidados personales o a potenciar la capacidad de las personas para cuidar de sí mismas o de otras. Los cuidados pueden prestarse en diferentes espacios (en el domicilio, en establecimientos de estancia diurna o residenciales) en los que pueden o no ir acompañados de servicios de otro tipo (atención sanitaria, alojamiento, manutención).

Este tipo de acciones corresponde con lo que viene denominándose cuidados de larga duración (*long-term care*).

- b) Cuidar de los menores durante períodos de tiempo en los que los progenitores están ocupados trabajando o en situaciones que les impiden hacerse cargo de la atención de sus hijos. En España se ha tendido a concebir esta función en términos educativo-escolares y definirla como «educación infantil». Sin embargo, hay actuaciones en este terreno que van más allá y se ocupan de los menores fuera del horario escolar. Esta función es desempeñada por servicios «sociales» en algunas comunidades, pero no en otras. Es por tanto importante «decidir» si se sitúan en los servicios sociales o en otro ámbito. Abarca la acción de servicios que van desde las guarderías y ludoguarderías hasta clubs de tiempo libre o colonias de verano. Este ámbito de actuación es el que suele denominarse en inglés *child care*.
- c) Velar porque los menores (y por analogía las personas incapacitadas) disfruten de un buen ejercicio de la función parental y la tutela o patria potestad por parte de sus padres o tutores. El núcleo de esta función consiste en la intervención en aquellas situaciones en las que se produce un ejercicio inadecuado o problemático (ya se deba a limitaciones o carencias por parte de los padres, a un mal ejercicio de la potestad o a la ausencia de quienes deben ejercerla). En esta caso también la función puede incluir acciones orientadas a sustituir a la familia (ausente o negligente), a apoyarla para un buen ejercicio de la potestad, o a prevenir tales problemas, fortaleciendo o potenciando la capacidad de padres y madres para ejercerla adecuadamente.
- d) Apoyar a las personas, en especial aquellas que presenten dificultades especiales, para que puedan llevar adelante un proceso de desarrollo personal y de integración en la vida comunitaria. Las dificultades para la integración pueden derivar de numerosos procesos y factores, desde la discapacidad hasta procesos de marginación o exclusión, desde discriminaciones hasta rupturas personales. El desarrollo personal es un proceso de creación y ampliación de las capacidades de las personas, que suele requerir del uso de diferentes oportunidades y recursos, en los momentos y las formas más adecuadas. Puede incluir acciones de «incorporación» o «inserción» en diversos campos. En dicho proceso pueden utilizarse, por tanto, recursos procedentes de otros campos de la política social. Lo propio de la función de los servicios sociales que aquí se enuncia es la orientación y el acompañamiento del proceso de desarrollo personal. En definitiva, ayudar a personas a (re)hacer su vida. La integración en la vida comunitaria consiste en el establecimiento de relaciones sociales positivas en el entorno local más inmediato y la participación en la vida social inmediata.<sup>21</sup> Como en los dos ejemplos anteriores, caben acciones de apoyo directo y personal a quienes padecen tales dificultades, formas colectivas de potenciación e integración o acciones más generales de prevención.

Una formulación de este tipo contribuiría a clarificar la función de los servicios sociales, tanto para los ciudadanos en general como para los actores directos (gestores y profesionales de los mismos). Se trata de tres o cuatro grandes funciones fáciles de traducir a un lenguaje cotidiano (cuidar de los dependientes, cuidar de los menores, asegurar que los menores son correctamente cuidados por sus padres, ayudar a las personas con dificultades a rehacer sus vidas), y por tanto de hacer más inteligibles los servicios a los ciudadanos (que los pagan y deben controlar). Pero también de funciones que permiten identificar con mayor nitidez las demandas sociales a atender, las respuestas a ofrecer y los efectos de las intervenciones,

<sup>21</sup> Esta conceptualización la tomamos aquí de la LISMI, ampliándola a cualquier situación en la que las personas vean significativamente disminuidas sus posibilidades de integración, lo sea en razón de una discapacidad (como prevé la LISMI) o de una ruptura de su trayectoria vital que puede derivar de la pobreza, de un acontecimiento grave, de una enfermedad, de ser víctima de un delito o de haberlo cometido, etc.

condiciones para una gestión eficaz. Permitirían entre otras cosas, establecer carteras de servicios más sencillas, claras y manejables que muchas de las actuales.

Esta clarificación conlleva, igualmente, dejar claro que los servicios sociales no tienen como función cubrir las necesidades básicas de quienes carecen de recursos. Eso no quiere decir que nadie deba hacerlo. Al contrario. Pero parece claro que en sociedades como la nuestra la cobertura de las necesidades más básicas se hace asegurando que las personas dispongan de un nivel de ingresos regulares suficiente al menos para cubrir esas necesidades. La garantía de ingresos mínimos es necesaria y se enmarca en las políticas de mantenimiento de rentas. No es éste el espacio para abordar cómo debe hacerse, y hay diversas propuestas en discusión. Las personas que perciban prestaciones de ese tipo (subsidios por desempleo, rentas mínimas, etc.) pueden o no necesitar de los servicios sociales, de empleo y de otro tipo, y si los necesitan deben tener accesibles servicios de calidad.

## 4.2. Un núcleo de derechos

Los servicios sociales necesitan organizarse alrededor de un núcleo de derechos subjetivos asegurados y de obligaciones claras. Ello no impide que puedan desarrollar acciones suplementarias de tipo más irregular o discrecional. Pero establecer un núcleo de derechos supone fijar una jerarquía clara de prioridades. Solo cuando se atienden correctamente los derechos y las obligaciones se pueden abordar otras cosas.

Debería estar claro también que solo se deben establecer derechos que puedan satisfacerse. En el fondo, el hecho de que una parte importante de los dependientes con derecho no sean atendidos debería llevar a suprimir atenciones no obligatorias y reorientar los recursos liberados hacia las personas con derecho reconocido. Es preferible reconocer menos derechos y garantizarlos que reconocer más e incumplir sistemáticamente su satisfacción. Aunque suene impopular, si los servicios sociales no son capaces de atender a más dependientes que los actuales y no pueden ampliar sustancialmente su capacidad, sería preferible circunscribir el derecho a los dependientes severos que extenderla a nuevos grados a los que no se atenderá. Del mismo modo sorprende la alegría con la que algunas carteras de servicios sociales establecen prestaciones garantizadas cuyos niveles de cobertura actuales son muy bajos y no se prevé la ampliación de los medios para asegurarlo.

Esta diferenciación entre actividades que son obligaciones públicas y actividades voluntarias de las administraciones debe ayudar también a resituar el papel del tercer sector en relación con la administración. En principio, el tercer sector no debería tener que actuar nunca para desarrollar actividades que son obligación de la administración. La administración no debería desarrollar actividades de tipo voluntario más que cuando es capaz de cumplir todas sus obligaciones o en situaciones excepcionales. La administración debe tener como es lógico margen para innovar con actividades no estrictamente obligatorias, pero no al mismo tiempo que hace dejación o transfiere al tercer sector la «responsabilidad» de hacer aquello que es obligación suya.

De hecho, una parte de la regulación está hecha. En el campo de la dependencia y los cuidados de larga duración la armazón básica está diseñada y puede necesitar de pequeños ajustes (definición y valoración de la dependencia y reconocimiento del derecho). Los principales problemas tiene que ver con la adecuada organización de los sistemas de cuidados y su financiación. En el campo de la protección de los menores el marco está relativamente claro para los casos de desamparo, aunque es más borroso en las situaciones de riesgo. En el terreno de los procesos de incorporación o (re)inserción social las cosas están mucho menos definidas y debería hacerse un esfuerzo por identificar situaciones que dieran derecho a procesos de acompañamiento y apoyo.

### 4.3. Reformar el modelo de atención

La reforma del modelo de atención debería seguir varias líneas principales y estar muy abierto a la creatividad y la innovación. Entre esas líneas pueden señalarse las siguientes:

- a) Desde el punto de vista interno del campo de los servicios sociales, creemos que la primera cuestión a abordar es la estructuración interna de la atención primaria que permita una cierta especialización. Creemos que un modelo posible, coherente con la formulación del papel de los servicios sociales que hemos propuesto antes, sería su focalización en tres campos: (a) la dependencia y los cuidados de larga duración, (b) los menores y sus familias y (c) los procesos de incorporación (re)inserción social. Esto supondría, entre otras cosas revisar la organización y la escala de los servicios para hacer posible esta especialización.
- b) Paralelamente, el nivel especializado debería intentar articularse en torno a esos mismos tres campos (o aquellos que finalmente se configuren en la atención primaria), de forma que ambos niveles estén alineados. Las subespecializaciones dentro de esos tres campos pueden ser necesarias, pero sin olvidar que muchos elementos pueden ser comunes.<sup>22</sup>
- c) Con los dos niveles mejor alineados, es importante favorecer el flujos de conocimientos y experiencias entre todos los que trabajan en un campo, con independencia del nivel en el que se sitúen. Igualmente, se debería revisar la ubicación de cada tipo de servicio y valorar la posible utilidad de fórmulas mixtas (por ejemplo, un centro de día para dependientes podría ser la base de la atención domiciliaria, dedicando personal a cuidados en el equipamiento y en los domicilios en función de las necesidades).
- d) La focalización del conjunto de los servicios sociales en tres grandes campos debería también permitir una mejora sustancial de la conceptualización de las necesidades y de las respuestas y una definición de poblaciones con diferentes grados y tipos de necesidad. Ello debería permitir elaborar estrategias proactivas escalonadas en función de los estratos de población y reformar los sistemas de información.

### 4.4. Reformar el gobierno del sector

En primer lugar, parece importante reducir el número de actores decisores en el campo de los servicios sociales. No solo se incrementa de forma espectacular la dificultad de cualquier reforma al distribuir numerosos poderes de veto en la práctica a cualquier política de conjunto, sino que además facilita la elusión de la responsabilidad ante los ciudadanos (Costa-Font 2010, p. 482).

Ello puede conseguirse mediante procesos de (re)centralización (de los municipios a las comunidades o incluso al nivel estatal) o mediante procesos de reducción de administraciones en una misma escala (integración de municipios). Hay países que han preferido mantener el protagonismo local para lo cual han reducido de manera forzosa el número de entidades locales (Dinamarca, Suecia) o han seleccionado caso a caso la agrupación local más idónea

<sup>22</sup> Por ejemplo, cabría preguntarse si dos personas que padecen tetraplejia y necesitan atención residencial para recibir cuidados necesitan estar en dos establecimientos completamente distintos sólo porque en un caso la tetraplejia es resultado de un ictus a los 80 años y en el otro lo es de un accidente de moto a los 19. Estos dilemas se plantean sobre todo allí donde la escala no permite una panoplia enorme de servicios, pero incluso donde ésta puede existir debería valorarse su coste. Del mismo modo, cabe preguntarse si los mecanismos de trabajo con apoyo para la reinserción laboral son tan diferentes cuando la persona con la que se trabaja tiene una discapacidad, procede de un proceso de exclusión o tiene un trastorno mental como para requerir servicios completamente separados o no.

(Inglaterra). En nuestro caso esta vía parece muy difícil desde el punto de vista político y también técnico, dada la heterogeneidad de los patrones de poblamiento de la Península. Además, el nivel local intermedio (provincias y comarcas en algunas comunidades) sobre el que se podría intentar seguir el modelo inglés están administrados por corporaciones de elección indirecta, cosa que limita gravemente el control ciudadano y la exigencia de responsabilidad política.

La otra posibilidad es la centralización, al menos parcial. De hecho, hay elementos que apuntan en esa dirección en nuestro país. La *Ley para la racionalización y sostenibilidad de la administración local* diseña un proceso de recentralización en el nivel autonómico aunque con ciertas contradicciones. En nuestra opinión habría sido preferible una fórmula más sencilla, que hubiera suprimido la competencia municipal en materia de servicios sociales y remitido a la legislación sectorial autonómica, dejando en manos del responsable último (la comunidad) la decisión sobre la organización de los servicios en su territorio. De hecho, estamos desaprovechando una ocasión que la ley ofrece, al establecer diciembre de 2015 como el plazo para la asunción o delegación de los servicios sociales municipales existentes. Este período debería permitir un debate político en cada comunidad autónoma sobre qué modelo de organización territorial de los servicios sociales es más adecuada en cada caso. A partir de ese debate, es posible que en algunas comunidades la centralización autonómica sea una buena opción, mientras que en otras sean posibles otros modelos.

En todo caso, ambas vías plantean problemas y riesgos. Pero además de una reducción del número de unidades territoriales es necesaria una concentración de las responsabilidades para cada territorio (sea el que sea). El problema de la configuración actual no es solo que haya demasiadas unidades territoriales (en el extremo, los más de 8 mil municipios). El problema es que en una misma unidad territorial pueden estar decidiendo sobre servicios, iguales en unos casos, alternativos en otros, varias administraciones diferentes. Por tanto las unidades que queden deberían tener un tamaño que les permitiera la asunción de la responsabilidad (política y financiera) sobre la práctica totalidad de los servicios de su territorio, así como permitir una gestión razonable de sus recursos.

Dada la heterogeneidad de nuestras comunidades autónomas y el hecho de que hasta el momento nadie parece cuestionar su competencia *exclusiva* en materia de servicios sociales, la propuesta de la ley de asignar todos los servicios al nivel autonómico, dejando que cada comunidad decida a continuación el modelo de organización más adecuado para sus dimensiones y su estructura local,<sup>23</sup> parece bastante sensata. Además, es importante pensar en la alineación con el sistema de salud (y en ocasiones con el de empleo). Si se tienen que establecer procesos de cooperación estables entre sectores, quiénes sean los interlocutores de cada parte puede facilitar o complicar las cosas.

En todo caso, el arraigo local de los servicios, su articulación con las comunidades locales y su ajuste a las preferencias locales es de la máxima importancia para unos servicios que aspiren a potenciar el tejido social a su alrededor y que asuman la creación de valor «social» añadido entre sus prioridades (Fantova 2007; Fantova 2008; Jordan 2008). Ese arraigo local no lo garantiza la dependencia de los ayuntamientos ni lo impide la responsabilidad autonómica (en especial en un país donde varias comunidades son mucho más pequeñas en población que algunos municipios). Cualquiera que sea el modelo por el que se opte, esta no es una dimensión accesoria de los servicios sociales, y debería figurar entre sus orientaciones prioritarias y dar lugar a mecanismos eficaces de participación local en la gestión de los servicios sociales.

<sup>23</sup> A título puramente especulativo, puede pensarse que en comunidades como La Rioja o Navarra el nivel autonómico es lo bastante «local» como para que no plantee más problemas que los de la inevitable competencia con la capital. En cambio, comunidades como Andalucía o Cataluña plantean problemas muy diferentes. De hecho, en Cataluña las comarcas, si fueran gobernadas por consejos elegidos directamente por los ciudadanos permitirían aproximarse al modelo localista escandinavo.

## 5. Referencias

- ABELLÁN, A. (2013): “Una de cada cinco plazas en residencias de mayores está vacante”, *Envejecimiento [En Red]* (en línea)  
<http://envejecimientoenred.wordpress.com/2013/05/16/una-de-cada-cinco-plazas-en-residencias-de-mayores-esta-vacante/>
- AGUILAR HENDRICKSON, M. (2009): “Los servicios sociales: las tribulaciones de un sector emergente”, en L Moreno Fernández (ed), *Reformas de las políticas de bienestar en España*, Madrid: Siglo XXI, pp. 171-206.
- (2010), “La huella de la beneficencia pública en los servicios sociales modernos en España”, *Zerbitzuan*(48), pp. 9–16.
- ASOCIACIÓN ESTATAL DE DIRECTORAS Y GERENTES DE SERVICIOS SOCIALES (2014), *Anexo económico del índice DEC 2014*
- ARENAL, C. (1861): *La beneficencia, la filantropía y la caridad*, Madrid: Imprenta del Colegio de Sordo–Mudos y de Ciegos.
- (1946): *El visitador del pobre*, Madrid: Librería General de Victoriano Pérez.
- AZNAR LÓPEZ, M. (1990): “Lugares comunes en acción social sobre la pretendida graciabilidad de la beneficencia”, *Boletín del CEBS*(23).
- AZNAR LÓPEZ, M. (1996): “En torno a la beneficencia y su régimen jurídico”, *Civitas. Revista de Derecho Administrativo* (96), pp. 555-65.
- BARRIGA MARTÍN L.A, et al. (2011): *Informe de evolución de la ley cuatro años después. Desarrollo e implantación territorial de la LAPAD*, [Santiago de Compostela]
- BENGOA RENTERÍA, R. (2014): “Cómo cambiar el sistema nacional de salud”, *El País*, 28 octubre 2014.
- BLANCHAR, C., (2014): “Asalto a la oficina de servicios sociales de Ciutat Meridiana”, *El País*, 23 octubre 2014.
- CASADO, D. (2002): *Reforma política de los servicios sociales*, Madrid: CCS.
- CASADO PÉREZ, D. et al (1994): “Acción social y servicios sociales”, en M Juárez (ed), *V Informe sociológico sobre la situación social de España. Sociedad para todos en el año 2000*, FOESSA, Madrid.
- CERVERA MACIÀ M, et al. (2009): *Informe final del Grupo de Expertos para la evaluación del desarrollo y efectiva aplicación de la Ley 39/2006 de 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia*, Madrid: IMSERSO
- CORTINAS MUÑOZ, J. (2012a): “La identidad profesional de los trabajadores sociales como elemento clave en el acceso a los programas de rentas mínimas: el caso de Catalunya” *Zerbitzuan*(51), pp. 95–105.
- (2012b): “Las normas de clase como base del acceso a las nuevas políticas sociales para hacer frente a la precariedad vital” *Papeles del CEIC*(87).
- COSTA-FONT, J. (2010): “Devolution, Diversity and Welfare Reform: Long-term Care in the “Latin Rim”” *Social Policy and Administration*, 44(4), pp. 481-94.

- FANTOVA, F. (2007): "Repensando la intervención social", *Documentación Social*(147), pp. 183-98.
- (2008): *Sistemas públicos de servicios sociales. Nuevos derechos, nuevas respuestas*, Bilbao: Universidad de Deusto.
- FROHMAN, L. (2008): *Poor relief and welfare in Germany from the Reformation to World War I*, New York. Cambridge University Press.
- GAVIRIA, M.; LAPARRA, M. y AGUILAR HENDRICKSON, M. (1992): "Los servicios sociales generales. Un sistema sin objeto" en *Evolución Social en España 1990*, Madrid: Instituto Sindical de Estudios.
- GÉRANDO, B. (1854): *El visitador del pobre* Barcelona: Imprenta Hispana de V. Castaños.
- ESPAÑA (2013): *Informe de fiscalización de la gestión económico-financiera y de la aplicación de la ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal*, Madrid: Tribunal de Cuentas
- ESPAÑA (2011): *Informe del Gobierno para la evaluación de la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*, Madrid: Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad
- JORDAN, B. (2008): *Welfare and well-being: social value in public policy*, Bristol: Policy Press.
- JULIANA, E. (2012): *Modesta España: paisaje después de la austeridad*, Barcelona: RBA.
- LAS HERAS, P. y CORTAJARENA, E. (1979): *Introducción al bienestar social*, Madrid: Federación Española de Asociaciones de Asistentes Sociales.
- MORÁN, C. (2010): "Los geriátricos privados llaman a concertar 42.500 plazas vacías", *El País*, 22 marzo 2010.
- MOREL, N.; PALIER, B. y PALME, J. (2012): "Beyond the welfare state as we knew it", en N Morel, B Palier y J Palme (eds), *Towards a social investment welfare state? Ideas, policies and challenges*, Bristol: Policy, pp. 1–30.
- PLAYÀ, J. (2013): "Más ancianos, menos residencias", *La Vanguardia*, 22 octubre 2013.
- RODRÍGUEZ CABRERO, G. (2004): "Los servicios sociales: modernización, cobertura, efectividad y reformas pendientes", en *El Estado del bienestar en España: debates, desarrollo y retos*, Madrid: Fundamentos.
- (2007), La protección social de la dependencia en España. Un modelo sui generis de desarrollo de los derechos sociales, *Política y Sociedad*, 44(2), pp. 69-85.
- , et al. (2011): *Servicios sociales y cohesión social*, Madrid: Consejo Económico y Social.
- TSEBELIS, G. (2002): *Veto players: how political institutions work*, Princeton, N.J.:Princeton University Press.
- VALLEJO POUSADA, R. (2007): "La ciudadanía social", en M Pérez Ledesma (ed), *De súbditos a ciudadanos. Una historia de la ciudadanía en España* Madrid: Centro de Estudios Políticos y Constitucionales. pp. 545-91.
- VIDA SORIA, J. (1968): "Asistencia social en el ordenamiento de la Seguridad Social española" *Revista de Trabajo* (21), pp. 51-73.



**FUNDACIÓN FOESSA**  
FOMENTO DE ESTUDIOS SOCIALES  
Y DE SOCIOLOGIA APLICADA



***Caritas***