

# CONSEJO VASCO DE SERVICIOS SOCIALES

## V Informe sobre la situación de los Servicios Sociales en Euskadi



Marzo 2016



## 1. INTRODUCCIÓN Y METODOLOGÍA

### 1.1. Objetivos y precisiones metodológicas

El artículo 48 de la Ley 12/2008 de Servicios Sociales atribuye al Consejo Vasco de Servicios Sociales, entre otras funciones, la de “emitir recomendaciones para la mejora del Sistema Vasco de Servicios Sociales, en el marco de un informe anual elaborado sobre la base de los datos recogidos en el marco del Sistema Vasco de Información sobre Servicios Sociales”. En cumplimiento de esa función, se han elaborado hasta la fecha cuatro informes anuales del Consejo Vasco de Servicios Sociales y se han planteado, a partir del contenido que en ellos se recoge, diversas recomendaciones para la mejora del sistema vasco de Servicios Sociales. Este documento recoge el borrador del V Informe del Consejo Vasco de Servicios Sociales, correspondiente a 2015, para la toma en consideración y aprobación, en su caso, por parte de los miembros del Consejo, y como base para la elaboración consensuada de las recomendaciones que se indican en la Ley de Servicios Sociales.

El contenido, la estructura y la metodología utilizada para la realización del informe de este año son, en lo esencial, los mismos que los del informe anterior del Consejo Vasco de Servicios Sociales, que, como se señalaba entonces, suponía un cambio importante en relación a los informes precedentes.

En efecto, en el informe anterior ya se recordaba que, tradicionalmente, el Informe del Consejo Vasco de Servicios Sociales se basaba fundamentalmente en una explotación muy detallada de la Encuesta de Servicios Sociales y Acción Social de EUSTAT, a la que se sumaban otras fuentes de datos más específicas, como el estudio sobre gasto público en Servicios Sociales del Departamento de Empleo y Políticas Sociales del Gobierno Vasco, o datos recogidos de otras instituciones, como el CES, el Ararteko o las Diputaciones Forales. Además, en algunas de las ediciones anteriores de este informe se recurrió a la realización de encuestas de opinión entre la población vasca en relación a la percepción, el uso y el conocimiento que tienen de los Servicios Sociales y a la realización de un panel de expertos, mediante el cual se quería conocer la opinión de los profesionales sobre la situación de los Servicios Sociales en Euskadi.

Ese enfoque se modificó, de forma relativamente sustancial, de cara a la redacción del informe del pasado año debido básicamente a las siguientes razones:

- El cambio en la responsabilidad de la gestión y realización de la Estadística de Servicios Sociales y Acción Social, que ha pasado de EUSTAT al Órgano Estadístico Específico del Departamento de Empleo y Políticas Sociales del Gobierno Vasco, lo que ha permitía una aproximación diferente a la explotación de los datos.
- La necesidad de ofrecer un enfoque cuantitativo más breve y sintético y, sobre todo, más adaptado a la actual estructura y contenido de los Servicios Sociales, con un mayor grado de adaptación a la estructura de servicios que establece la Ley 12/2008 de Servicios Sociales.
- Cierta agotamiento en la fórmula del panel de expertos realizado en los años anteriores, y la constatación de que era necesaria una mayor participación cualitativa de las personas expertas en los diferentes ámbitos de los Servicios Sociales, pero no mediante la fórmula de la

encuesta o el panel, sino mediante una fórmula que permitiera recoger de forma más amplia sus argumentos, conocimientos y puntos de vista.

A partir de esas consideraciones, se realizaron en el informe anterior una serie de modificaciones respecto a la metodología y el contenido de los informes anteriores, que se han mantenido en lo esencial en este informe:

- El análisis cuantitativo se ha sintetizado de forma notable y no se incluyen capítulos específicamente centrados en colectivos determinados (en años anteriores, los datos se articulaban en función de varios colectivos y se ofrecía después un capítulo relativo al conjunto del sistema). La información se articula como hasta la fecha en tres grandes áreas –la oferta de servicios, el personal ocupado y el gasto y la financiación–, si bien, dentro de ellos, la información se organiza en función de consideraciones como el tipo de servicio o programa, y no del colectivo. Eso no quiere decir que no haya información relativa a los colectivos habitualmente tomados en consideración en este informe –personas mayores; personas con discapacidad; familia, infancia y mujer; exclusión; y conjunto de población– pero sí que la situación de cada colectivo se analiza como una variable más, y no como el elemento que estructura la información.
- Además, en coordinación con el Órgano Estadístico del Departamento de Empleo y Política Social del Gobierno Vasco, se ha mantenido el esfuerzo para identificar dentro de los datos de la estadística aquellos que se refieren a lo que se considera como el núcleo de los Servicios Sociales, por corresponder a los servicios, programas y centros previstos en el Catálogo de Servicios de la Ley 12/2008 de Servicios Sociales. Como se sabe, los datos de la estadística incluyen información referente a servicios y prestaciones –la Renta de Garantía de Ingresos, los Centros Especiales de Empleo, o las prestaciones económicas de apoyo a las familias con hijos/as– que no forman parte, estrictamente hablando, de la Cartera de Servicios Sociales. Al eliminar estas prestaciones de los datos, se obtiene una visión más nítida y ajustada de los Servicios Sociales, tanto desde el punto de vista de los servicios prestados, como del personal ocupado o del gasto realizado.
- En todo caso, para no romper la serie de datos ya iniciada –y que se remonta a mediados de los años 90–, y dado que los datos de la nueva aproximación solo están disponibles para 2012 y 2013, se ha optado por hacer compatibles ambas visiones: en todos los casos, los datos se ofrecen para el conjunto de lo que tradicionalmente se han considerado como Servicios Sociales –incluyendo CEE, RGI o prestaciones familiares–, pero, al mismo tiempo, se intenta ofrecer un cuadro resumen que haga referencia, para 2012 y 2013, a lo que se considera como el núcleo de los Servicios Sociales, es decir, aquel que las administraciones competentes en materia de Servicios Sociales están obligadas, en virtud de la Ley 12/2008, a desarrollar.
- También en este ocasión se ha optado por incluir en el informe una serie de artículos o capítulos monográficos, centrados en cuestiones muy específicas, si bien en el informe de este año el número es más reducido, ya que, en lugar de 21 monográficos, se incluyen un total de cinco (que, por otra parte, son algo más extensos que los elaborados para el informe ante-

rior). Como en la anterior entrega del informe, se ha intentado mantener una perspectiva transversal, centrando el análisis en cuestiones o problemáticas que pueden afectar a personas que trabajan con diversos colectivos y/o en diversos niveles de los servicios sociales vascos. Los temas abordados, y las personas redactoras, son los siguientes:

- **La situación de los servicios sociales municipales: retos y líneas de avance.** Dorleta Goiburu. EUDEL
- **El responsable de caso en el sistema de servicios sociales.** Cinta Guinot Viciano. Departamento de Trabajo Social, Universidad de Deusto, campus de Donostia-San Sebastián
- **Familia, natalidad y servicios sociales.** Elena Echeberria. Dirección de Política Familiar y Comunitaria. Departamento de Empleo y Políticas Sociales. Gobierno Vasco
- **Intervención socioeducativa desde los servicios sociales de atención primaria. Cómo, con quién y para qué.** Jesús Otaño Maiza. Educador Social. Asesor técnico del Consorcio para la Educación Compensatoria de Gipuzkoa (EJ-GFA).
- **Situación actual y evolución de la demanda de servicios sociales a partir de los resultados de la Encuesta de Necesidades Sociales de la CAE (ESN).** June Arechalde. SIIS Centro de Documentación y Estudios

El borrador del informe ha sido elaborado por el Centro de Documentación y Estudios SIIS de la Fundación Egúa Careaga a instancias de la Dirección de Servicios Sociales del Gobierno Vasco.

## 1.2. Estructura del informe

Como consecuencia de los cambios señalados, este V Informe del Consejo Vasco de Servicios Sociales se divide en tres partes:

- Esta primera parte recoge la presentación del informe y los principales datos que se derivan del análisis cuantitativo realizado, y que se recoge de forma más extensa en el anexo.
- La segunda parte recoge los cinco análisis monográficos realizados. Lógicamente, las opiniones expresadas en ellos corresponden a sus autores/as, y no a los redactores del borrador ni al propio Consejo Vasco de Servicios Sociales.
- Como en años anteriores, el Anexo recoge de forma sistemática, ordenando la información en tablas y gráficos, las principales magnitudes del Sistema Vasco de Servicios Sociales. Como se ha señalado, y como se detalla a continuación, esa información proviene básicamente de la Encuesta de Servicios Sociales y Acción Social, aunque también se ha recurrido a otras fuentes, y ofrece información, en la mayoría de los casos, actualizada a 2013.

## 2. ANALISIS DE LOS PRINCIPALES DATOS

### 2.1. Fuentes y metodología

Como se ha señalado previamente, los datos que se recogen en el Anexo provienen básicamente de una explotación específica de la Estadística de Servicios Sociales y Acción Social, cuyos datos más recientes corresponden a 2013. Una segunda fuente básica de datos es el Estudio sobre el Gasto Público en Servicios Sociales, realizada por el Departamento de Empleo y Política Social del Gobierno Vasco, cuyos datos también corresponden a 2013<sup>1</sup>. Como en años anteriores, los datos hacen referencia a la oferta de servicios (número de plazas y de personas usuarias), al personal contratado (propio y subcontratado) y al gasto realizado, así como a su financiación.

Además de estas dos estadísticas, se ha recurrido a las siguientes fuentes:

- Asociación Estatal de Directores y Gerentes en Servicios Sociales. Índice DEC. Valoración del desarrollo de los servicios sociales 2015 por comunidades Autónomas
- INE. Estadística del Padrón Continuo;
- Diputaciones Forales de Álava, Bizkaia y Gipuzkoa;
- Dirección de Servicios Sociales del Gobierno Vasco;
- EUROSTAT. Encuesta Europea de Fuerza de Trabajo de la Unión Europea
- EUSTAT. Cuentas Económicas, 2014.
- EUSTAT. Estadística de la actividad escolar 2013.
- EUSTAT. Estadística hospitalaria 2013;
- EUSTAT. Población en Relación a la Actividad 2013;
- Lanbide / Servicio Vasco de Empleo;
- Memorias Socioeconómicas del Consejo Económico y Social Vasco;
- Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Afiliación de Trabajadores al Sistema de la Seguridad Social.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informe rentas mínimas de inserción 2014;
- Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia del IMSERSO;

Como también se ha señalado, la información disponible se ha organizado en tres grandes epígrafes: la oferta de servicios, el personal ocupado, y el gasto y la financiación del sistema. Dentro de cada uno de ellos, se ofrece en primer lugar una radiografía de la situación actual, los principales datos de evolución y la comparación, siempre que ha sido posible, con otros contextos territoriales cercanos. A la hora de analizar la información disponible, los datos se desagregan –siempre que ha sido posible– en función de los territorios históricos, la titularidad de los servicios, los sectores de atención (utilizando para ello el mismo esquema que en los informes anteriores) y las fuentes de financiación, en lo que se refiere al gasto.

En general, la información que se recoge en el Anexo se refiere a 2013 si bien, cuando ha sido posible, también se ofrecen datos relativos a 2014 y 2015.

---

<sup>1</sup> Entre ambas estadísticas hay ciertas diferencias, pequeñas en cualquier caso, ya que el campo de análisis de cada una no es exactamente el mismo.

## 2.2. La oferta de servicios

En relación a la oferta de plazas, servicios y prestaciones del sistema vasco de Servicios Sociales, cabe señalar los siguientes elementos:

- **Se mantiene el número de centros de servicios sociales existentes en la CAPV.** Pese al ligero incremento experimentado entre 2011 y 2012 en el número de centros de servicios sociales existentes en la CAPV, entre 2012 y 2013 se ha producido una ligera reducción en el número de centros censados, pasando de 3.201 a 3.186. En términos más generales, lo que se observa es una cierta estabilidad en el número de centros, que apenas ha variado desde 2009, tras crecer de forma ininterrumpida y constante desde 1999. Aunque, en función del tipo de centro, en el corto plazo apenas se han producido cambios, es obvia la evolución que se ha producido en el largo plazo, especialmente en lo que se refiere a los centros residenciales, cuyo número se ha duplicado prácticamente por cuatro desde mediados de los años 90.
- **El sistema vasco de servicios sociales ofrece más de 25.000 plazas residenciales.** En 2013, el sistema de servicios sociales ofrece un total de 26.670 plazas residenciales, de las cuales el 74,5% están destinadas a las personas mayores. Las personas en situación de exclusión (10% de las plazas), las personas con discapacidad (9,9%) y el colectivo de infancia, juventud y mujer (5,7%) son los colectivos destinatarios del resto de plazas residenciales, aunque se encuentran lejos del número de plazas para personas mayores y de su peso relativo en relación al conjunto de las plazas residenciales. De esas 26.670 plazas residenciales, el 40% se encuentran en centros públicos, el 33% en centros que cuentan con una empresa mercantil como entidad titular y el 27% en centros de entidades privadas sin fin de lucro.
- **Estancamiento, en el medio plazo, del número de plazas residenciales y de las tasas de cobertura.** Si bien en el último año se ha producido una pequeña reducción en el número de plazas residenciales en el conjunto de la CAPV, cabe hablar, en el medio plazo, de un cierto estancamiento en el proceso de crecimiento que se venía produciendo desde los años 90, ya que el número de plazas se mantiene prácticamente invariable desde 2010. Entre 2000 y 2010, por el contrario, el número de plazas residenciales disponibles pasó de algo más de 15.000 a casi 27.000. Cuando se analizan las coberturas de los diferentes centros residenciales –es decir, el número de plazas existente en relación a la población residente– se observa con más claridad el estancamiento antes señalado: desde 2009, para el conjunto de la CAPV, la cobertura de plazas residenciales ha disminuido ligeramente, lo que contrasta con el continuo incremento de las tasas de cobertura registrado entre 1994 y 2009. Este estancamiento puede deberse tanto a las dificultades presupuestarias derivadas de la crisis, como a la competencia de los servicios domiciliarios y de atención diurna, o de las prestaciones económicas, o al hecho de que se haya alcanzado ya un nivel de cobertura adecuado para atender las diferentes necesidades.
- **Crece la cobertura de los centros de día asistenciales para personas mayores y con discapacidad.** A diferencia de lo que ocurre en el caso de las plazas residenciales, las plazas disponibles en centros de día asistenciales para personas mayores y con discapacidad han ido creciendo de forma paulatina, de manera que su cobertura no ha dejado de crecer a lo largo de los últimos años, tanto en lo que se refiere a las personas con discapacidad como a las personas mayores. En 2013, el número de plazas en el conjunto de los centros de día asistenciales supera las 13.000, de las que casi cinco mil se destinan a personas mayores, 6.106 a personas con discapacidad y 1.742 a personas en situación o riesgo de exclusión.

- **También crece la cobertura de los centros ocupaciones y especiales de empleo.** En el caso de la cobertura de los centros ocupacionales y centros especiales de empleo también puede hablarse de un lento crecimiento, de forma que el número de plazas en este tipo de centros alcanza su máximo en 2013. Como ocurre con los centros de día de tipo asistencial, Gipuzkoa es el Territorio Histórico en el que más ha aumentado el número de plazas ocupaciones y especiales de empleo en el último año, hasta alcanzar las 58 plazas por 10.000 habitantes. A nivel del conjunto de la CAPV, destaca en cualquier caso el incremento de las plazas en los centros ocupacionales, que suponen un 13% más que en 2012.
- **Aunque crece ligeramente entre 2012 y 2013, continúa la reducción en el número de personas atendidas por el Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD).** En 2013, 15.148 personas han sido usuarias del Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) durante algún momento del año; de ellas, 13.620 eran personas mayores, lo que pone de manifiesto en qué medida este servicio se orienta casi en exclusiva a atender las necesidades de las personas mayores. En términos de cobertura, el número de usuarios por cada 1.000 habitantes asciende a 6,9 en el conjunto de la CAPV, con diferencias territoriales relativamente importantes (6,2 personas usuarias por cada mil habitantes en Bizkaia, 7 en Gipuzkoa y 9,5 en Álava). De hecho, en el caso específico de las personas mayores, la cobertura alavesa es un 50% superior a la de Bizkaia o Gipuzkoa. La intensidad media es de 4,5 horas semanales, siendo en este caso las diferencias interterritoriales relativamente pequeñas.

Desde el punto de vista evolutivo, el número de personas usuarias en la CAPV se reduce por cuarto año consecutivo sigue estando muy por debajo del registrado en 2009, cuando se prestó servicio a más de 19.000 personas. En términos de cobertura, el SAD ha pasado de atender a 88 personas por cada 10.000 habitantes en 2009 a la ya señaladas 69 en 2013. Ello se debe fundamentalmente a la caída de la cobertura registrada en Álava, aunque también, en menor medida, a la reducción del número de personas atendidas en Gipuzkoa.

- **Se mantienen las diferencias interterritoriales en lo que se refiere a las prestaciones económicas para las personas en situación de dependencia.** A finales de 2014 había en la CAPV un total de 28.989 personas titulares de alguna de las tres prestaciones económicas de atención a la dependencia. La prestación económica mayoritaria es la de cuidados en el entorno familiar (85,9% del total). A mucha distancia se encuentran la prestación económica de asistencia personal (8,8%) y la vinculada al servicio (5,3%). Se mantienen en cualquier caso diferencias interterritoriales muy importantes tanto en lo que se refiere a la cobertura del conjunto de las prestaciones y servicios del SAAD –la cobertura conjunta oscila entre 26 titulares por cada mil habitantes en Bizkaia y 33 en Gipuzkoa y Álava–, como en lo que se refiere a la estructura de las prestaciones: mientras Álava destaca por un mayor recurso a la Prestación Económica Vinculada al Servicio (PEVS), Gipuzkoa mantiene sus elevados niveles de acceso a la Prestación Económica de Asistencia Personal (PEAP).
- **Gipuzkoa y Álava, a la cabeza del Estado en lo que se refiere a las prestaciones de atención a la dependencia.** Al comparar la cobertura de las prestaciones destinadas a la atención de la dependencia, se observa que Gipuzkoa y Álava se sitúan entre los ámbitos territoriales con mayor número de personas titulares por cada 1.000 habitantes, con un total de 16,04 y 14,96 titulares, respectivamente. Bizkaia, por el contrario, se sitúa en una posición cercana a la media estatal. La CAPV supera la cobertura total de las prestaciones del conjunto de España, pese a que la cobertura de las prestaciones vinculadas al servicio en Euskadi (0,58) es inferior a la cobertura del conjunto del estado (1,54).

**Los servicios sociales vascos atienden a cerca de 180.000 personas y siguen ganando peso las prestaciones económicas frente a los servicios de atención directa.** Si se tiene en cuenta

el conjunto de los centros, programas y prestaciones que recoge la Estadística de Servicios Sociales –es decir, teniendo en cuenta a las personas perceptoras de las AES y la RGI, y a las personas usuarias / trabajadores de los Centros Especiales de Empleo– se observa que los servicios sociales vascos atendieron en 2013 a casi 180.000 personas (no necesariamente distintas, ya que una persona puede recibir más de una prestación o servicio al mismo tiempo). La evolución en la capacidad de acción de los servicios sociales vascos se observa claramente si se tiene en cuenta que en 1999 el número de personas atendidas era de 60.000. Es importante también destacar, en cualquier caso, que el ritmo de crecimiento del número total de personas atendidas se ralentiza a partir de 2010, tras incrementos elevados y constantes entre 1999 y 2010. En ese sentido, aunque la cobertura de atención experimentada en 2013 es la más elevada de toda la serie –81,6 personas atendidas por cada 1.000 habitantes–, no puede decirse que haya crecido sustancialmente desde 2009 (o no al menos con el ritmo al que lo hacía con anterioridad).

Teniendo en cuenta la variación entre 1999 y 2013, los datos muestran que los recursos que más han aumentado en términos relativos han sido las plazas en centros de día asistenciales (276%). Asimismo, en cuanto a las prestaciones económicas, el incremento mayor ha sido el correspondiente a la Renta de Garantía de Ingresos. Si se observa el cambio en el peso de las prestaciones económicas y los servicios de atención directa, se observa que estos últimos han pasado de representar el 52% de la oferta de servicios sociales al 28%. Por su parte, las prestaciones económicas han visto incrementado su peso relativo al pasar del 47% al 71%.

## 2.3. El personal ocupado

En relación al personal ocupado en el ámbito de los servicios sociales, cabe señalar los siguientes elementos:

- **Cerca de 30.000 personas trabajan en el sector de los servicios sociales de la CAPV.** Según los datos de la Estadística de Servicios Sociales y Acción Social, en 2013 se contabilizaban en la CAPV un total de 29.534 trabajadores/as remunerados/as a DPE (dedicación plena equivalente) y un total de 21.262 personas voluntarias activas en el ámbito de los servicios sociales. En total, el número de personas que prestan sus servicios en el ámbito de los servicios sociales, independientemente de su vinculación laboral y duración de la jornada ascendería a 31.330. La tasa de atención en los servicios sociales es de 13,5 trabajadores a DPE por cada mil habitantes. Desde el punto de vista territorial, Gipuzkoa es el territorio con mayor tasa de atención (15) en comparación con Álava (14,1) y Bizkaia (12,4).
- **Sólo la mitad de todas estas personas trabaja en el núcleo de los Servicios Sociales.** Si se tiene en cuenta únicamente el personal propio (no el subcontratado) que trabaja en las prestaciones que constituyen el núcleo de los Servicios Sociales, el número de personas ocupadas asciende a 16.788, de las cuales el 66% trabajan en centros de titularidad privada y el 33% en centros de titularidad pública. De todo este personal, un 53% trabaja en centros residenciales destinados a las personas mayores, un 21% en el ámbito de la discapacidad y un 6% en los Servicios Sociales de Base. Es importante señalar, en cualquier caso, que no se contempla en esta estadística el personal que trabaja en las empresas que prestan el Servicio de Ayuda a Domicilio.
- **Equilibrio territorial en lo que se refiere a la dotación de personal propio en los servicios que forman parte del núcleo de los Servicios Sociales.** Cabe destacar por otra parte que,



cuando se pone en relación con la población residente en cada Territorio, el número de trabajadores propios que prestan sus servicios en los centros y prestaciones que forman el núcleo de los Servicios Sociales es similar en cada Territorio. Así, en 2013, el número de trabajadores/as por cada 1.000 habitantes oscila entre los 7,3 de Gipuzkoa y los 8,2 de Álava.

- **Aunque el número de personas ocupadas en el sector crece ligeramente entre 2002 y 2013, apenas se han producido incrementos desde 2009.** Volviendo al conjunto de los Servicios Sociales, entre 2012 y 2013 se ha incrementado el personal medio anual –tanto personal propio como personal subcontratado– que trabaja en este sector. Álava es el único Territorio Histórico de la CAPV que no ha sumado personal durante el año 2013 y, de hecho, el personal registrado en ese TH se ha reducido casi en un 10% desde 2010, mientras crecía con cierta fuerza en los otros dos territorios. En todo caso, pese a este incremento general, el ritmo de crecimiento del número de personas ocupadas registrado en los últimos años es muy lento, con un crecimiento neto de apenas 1.700 personas entre 2009 y 2013. Este lento crecimiento del empleo contrasta por ejemplo con el registrado entre 2004 y 2008, cuando el incremento neto del número de personas empleadas superó las cinco mil. Desde el punto de vista territorial, si bien la estabilidad es la norma en los tres Territorios, el descenso es particularmente claro en Álava, mientras que en Bizkaia se produce un cierto crecimiento de la tasa de atención.
- **Estancamiento en el número y la tasa de atención de los Servicios Sociales de Base.** Para el conjunto de la CAPV, el número de personas contratadas en los Servicios Sociales de Base (personal propio a 15 de diciembre) en 2013 asciende a 1.020 personas, prácticamente la misma cantidad que en 2008. Frente a esta estabilidad, entre 2003 y 2008 el personal de estos centros se incrementó casi en un tercio, pasando de 791 a 1.021. En lo que se refiere a la tasa de atención (el número de personas contratadas en relación a la población), desde 2008 apenas se han modificado a lo largo de los últimos años y se mantienen las diferencias entre Gipuzkoa y Álava (0,40 y 0,39) y Bizkaia (0,30).
- **Crece la afiliación a la Seguridad Social y el peso de la ocupación en los servicios sociales.** Los datos –más recientes, y basados en fuentes diferentes– de afiliación de trabajadores al Sistema de la Seguridad Social del Ministerio de Empleo y Seguridad Social proporcionan datos que no necesariamente coinciden con los de la Estadística de Servicios Sociales y Acción Social de Eustat. Según esta fuente, que procede de los ficheros sobre afiliación de la Tesorería General de la Seguridad Social, el número de personas ocupadas en los servicios sociales ha aumentado progresivamente desde 2011 hasta alcanzar los 32.281 trabajadores y trabajadoras en 2015. En ese sentido, de acuerdo a esos datos, entre 2010 y 2015 el cómputo de personas ocupadas en los servicios sociales ha aumentado sobre todo en Gipuzkoa (18%), pero también en Bizkaia (9%) y Álava (2%). Si se tiene en cuenta la distribución de las actividades económicas relativas a los servicios sociales, cabe destacar que el personal ocupado en los servicios sociales residenciales predomina en Bizkaia (59%). En cambio, la ocupación en servicios sociales sin alojamiento es mayor en Álava (67%) y en Gipuzkoa (61%).

Además, los datos ponen de manifiesto el incremento del peso relativo del personal ocupado en los servicios sociales sobre la población total afiliada en la Seguridad Social, que ha pasado de representar el 3,1% en 2009 al 3,6% en 2015. Las diferencias territoriales son en todo caso importantes ya que, si bien la tendencia es positiva en los tres territorios, el peso del personal ocupado en los servicios sociales en relación al conjunto del personal es en Álava y Gipuzkoa –3,9%– algo más elevado que en Bizkaia –3,3%–.

- **Euskadi sigue a la cabeza del Estado en lo que se refiere al personal ocupado en los servicios sociales, pero lejos de los niveles alcanzados en otros países de Europa.** Al comparar la

situación de la CAPV con la del resto de comunidades autónomas, destaca la tasa de personal ocupado en servicios sociales por cada mil habitantes en los territorios que conforman la CAPV. En ese sentido, Castilla y León es la única región que supera la tasa del conjunto de la CAPV (14,7), con un total de 16,2 trabajadores y trabajadoras. En lo que se refiere a la tasa de personal ocupado en los servicios sociales sobre ocupación total, se observa que en la CAPV la tasa es del 3,6%, mientras que la media española se sitúa en el 2,6%. Cuando la comparación se realiza con los demás países de Europa, los datos de la Encuesta de Fuerza de Trabajo de Eurostat ponen de manifiesto que, en 2014, la tasa de personas ocupadas en los servicios sociales de la CAPV (3,5% de la afiliación a la Seguridad Social) es muy inferior a la media de la Unión Europea (4,7%). Desde otra perspectiva, si se tiene en cuenta el número de trabajadores y trabajadoras de los servicios sociales por cada mil habitantes, se observa que tanto España (9,9) como la CAPV (14,2) cuentan con una ratio muy inferior a la media europea (19,5).

## 2.4. El gasto y la financiación

En relación al gasto público y privado en el ámbito de los servicios sociales, cabe señalar los siguientes elementos:

- **Las instituciones vascas destinan más de 1.600 millones a los Servicios Sociales, entendidos en sentido amplio.** En 2013, el gasto público en Servicios Sociales –entendidos de forma amplia (es decir, contemplando el gasto en RGI, PCV, prestaciones familiares y Centros Especiales de Empleo)– ascendió a 1.623 millones de euros, lo que supone un gasto de 741 euros por habitante para el conjunto de la CAPV. El estudio del Gasto Público en Servicios Sociales del Gobierno Vasco muestra que casi la mitad de ese gasto público es financiado por las Diputaciones Forales (47%), mientras que el Gobierno Vasco financia el 36%, los ayuntamientos el 11% y la Administración Central el 5%. Teniendo en cuenta los territorios de la CAPV, se observa que Álava es el Territorio Histórico que mayor gasto público per cápita realiza en 2013, con un total de 889 euros por habitante. El gasto más bajo corresponde al TH de Gipuzkoa, con 698 euros por habitante.

En lo que se refiere a las fuentes de financiación, Bizkaia destaca por un gasto foral inferior que el de Gipuzkoa y Álava, tanto desde el punto de vista del gasto por habitante como desde el punto de vista del peso del gasto foral en el conjunto del sistema. Por su parte, Gipuzkoa destaca por un gasto municipal particularmente bajo –71 euros por habitante, frente a 140 en Álava–. También destaca Gipuzkoa por un gasto autonómico por habitante más bajo, debido a la menor cobertura en el Territorio de la RGI. Álava, finalmente, destaca por un gasto foral y municipal más elevado, y por un gasto del Gobierno central más bajo.

- **Se mantiene la estabilidad en el gasto público en Servicios Sociales, que desciende ligeramente entre 2012 y 2013.** Entre 2012 y 2013, en términos de euros corrientes, el gasto público en Servicios Sociales ha disminuido de 1.636.907 a 1.623.175 euros. Si bien la reducción es mínima, inferior al 1%, es el primer año, al menos desde 2002, que registra una reducción del gasto público en Servicios Sociales en términos de euros corrientes. La reducción viene básicamente motivada por una reducción relativamente importante del gasto autonómico en prestaciones familiares, mientras crece el gasto de los Ayuntamientos y se mantiene estable el de las DDFF. Como consecuencia de este descenso, 2013 es el primer año desde 1999 en el que se reduce el peso relativo de la financiación autonómica de los Servicios Sociales, entendidos en sentido amplio, mientras crece, aunque muy ligeramente, el peso de la aportación municipal y foral.

De hecho, si el gasto público en servicios sociales se mide en términos de euros constantes (y no en términos de euros corrientes), se observa que disminuye entre 2012 y 2013, siguiendo el cambio de tendencia registrado en entre 2011 y 2012. Si bien la reducción es pequeña, el estancamiento del gasto público parece en ese sentido claro, rompiéndose desde 2009 la senda de incremento que se venía experimentando desde finales de los años 90. Los datos del estudio del gasto público en Servicios Sociales permiten ver en qué medida los elevados incrementos interanuales destinados a los servicios sociales entre 2003 y 2009 –cercaos al 10%, en promedio– se desploman a partir de 2010, siendo negativos en 2012 y 2013. Durante esos cuatro años, el crecimiento interanual medio del gasto público corriente, en euros constantes, ha sido del 0,075%.

- **Crece en todo caso el gasto público en Servicios Sociales en relación al PIB.** En 2013, el gasto público en servicios sociales equivale al 2,5% del PIB de la CAPV, y al 13,8% de la recaudación tributaria de las Diputaciones Forales. Álava es el territorio que mayor porcentaje sobre el PIB destina a servicios sociales (2,7%) y destina el 15,9% de la recaudación por tributos a la financiación de estos servicios y prestaciones. Desde el punto de vista evolutivo, y pese al estancamiento del gasto previamente señalado, entre 2012 y 2013 ha crecido el porcentaje del PIB y de la recaudación fiscal destinado a los Servicios Sociales. De hecho, el gasto público en servicios sociales en relación al PIB se ha incrementado desde 2008 en un 43%. Desde esa fecha, el gasto público en servicios sociales se ha incrementado en un 28%, mientras que el PIB se reducía en un 5,4% y la recaudación en un 8,4%.

También es importante señalar que, frente al estancamiento del gasto público en servicios sociales registrado en los últimos años, los otros dos grandes sistemas autonómicos de protección social –la educación y la sanidad– han experimentado un menor crecimiento desde el inicio de la crisis. Así, mientras el gasto público en servicios sociales ha crecido en euros corrientes un 50% entre 2007 y 2013, el gasto público en sanidad creció un 21% entre 2007 y 2012 y el gasto público en educación un 7,5% entre 2007 y 2014.

- **Las instituciones vascas destinan 962 millones a los centros y prestaciones que conforman el núcleo de la cartera de Servicios Sociales.** En 2013 el gasto en el núcleo de servicios sociales asciende a 1.269 millones de euros, de los cuales el 70% corresponde al gasto en centros y servicios, el 12% a estructura, el 10% a programas y el 8% a prestaciones económicas. De todo ese gasto, 962 millones (el 75%) es realizado por las administraciones públicas y 306 (el 25%) por agentes privados. Los centros y servicios para personas mayores suponen el 45% de todo el gasto en servicios sociales, mientras que los servicios sociales de base representan únicamente el 3,3% de todo el gasto en el núcleo de los servicios sociales.

Esos 962 millones representan en torno al 58% del gasto en servicios sociales analizado en las páginas precedentes. El 42% del gasto realizado en el ámbito de los Servicios Sociales, por tanto, no está expresamente recogido en el Decreto de Cartera, ya se que se relaciona con otros ámbitos como la garantía de ingresos, la política de familia o la inclusión socio-laboral. En todo caso, la situación es diferente para las diferentes administraciones, ya que si bien ayuntamientos y Diputaciones destinan entre el 75% y el 90% de su gasto a las prestaciones que conforman el núcleo del catálogo, en el caso del Gobierno Vasco el porcentaje es del 8%.

Desde el punto de vista del gasto por habitante destinado a estas prestaciones, asciende a 578 euros, siendo en Álava –676 euros– superior a Gipuzkoa –598– y, sobre todo, Bizkaia

(539). Si la cuestión se analiza tanto desde el punto de vista territorial como de la fuente de financiación, destaca el gasto de los ayuntamientos alaveses, por lo elevado. También destaca, por la razón contraria y siempre en términos comparados, el gasto por habitante de la Diputación Foral vizcaína.

Los datos de evolución ponen de manifiesto que se ha producido un ligero decremento en el gasto destinado a estos servicios, pasando de 1.275 millones en 2012 a 1.268 en 2013. La reducción se debe básicamente al menor gasto autonómico, que pasa de 79 millones en 2012 a 47 en 2013. Tanto el gasto foral como el municipal se incrementan en los tres Territorios (salvo, en el caso del gasto foral, en Bizkaia).

## ANÁLISIS MONOGRÁFICOS

## LA SITUACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES MUNICIPALES: RETOS Y LÍNEAS DE AVANCE

**Dorleta Goiburu**

EUDEL

### 1. Antecedentes

Desde la aprobación de la Ley de Servicios Sociales de 1996, el sistema público de servicios sociales, definido por la propia Ley como un sistema integral y de responsabilidad pública, ha venido enfrentando nuevos requerimientos e incorporando nuevos recursos.

Así, en los años posteriores a su aprobación asistimos a importantes progresos en esta materia que han contribuido a disminuir las diferencias entre territorios y entre comarcas en lo relativo a la cobertura de los servicios sociales. En años anteriores veníamos observando desarrollos muy desiguales entre las entidades, que guiadas por el ánimo de dar respuesta a las necesidades que demandaba su ciudadanía priorizaban los campos que estimaban convenientes, teniendo en cuenta sus disponibilidades financieras. A pesar de dichos avances, nuestros servicios sociales no funcionaban como un verdadero sistema. Ello podía venir motivado por la falta de un desarrollo suficiente de la Ley que pasaba por la planificación de las diferentes estructuras y recursos para la articulación del sistema vasco de servicios sociales.

En este sentido se dieron algunos pasos, intentando principalmente dar luz a la complicada definición de los servicios sociales ofrecida por la propia Ley.

Fruto de dicha actuación y a los efectos de llevar a cabo la necesaria estructuración de los servicios se procedió al establecimiento de una delimitación de las competencias entre los diferentes niveles administrativos, a través de acuerdos entre las Administraciones implicadas, que tuvieron su plasmación normativa posterior a través del Decreto 155/2001, de 30 de Julio, de determinación de funciones en materia de servicios sociales. Dicho Decreto estructuraba el sistema público bajo dos principios fundamentales:

- Cada función corresponde a una única Administración Pública.
- Distribuir las funciones entre las Administraciones Públicas, atendiendo a la consideración de las personas como dependientes o no dependientes, correspondiendo a los Ayuntamientos la atención a las personas consideradas como no dependientes.

Pero tal distribución, a pesar de parecer clara y aséptica y determinante de los servicios que cada Administración debía prestar y a qué colectivos debía dirigirse, en la práctica no lo era. Esta forma de actuación provocaba continuas interferencias y disfunciones por la existencia de recursos y servicios que realmente se compartían entre dos Administraciones y que obligaba a llegar a puntos de encuentro, principalmente en cuanto a su financiación.

Otro punto a destacar es el escaso desarrollo reglamentario de la citada Ley, en cuanto a la estructuración y regulación de los recursos y servicios, necesaria para la consecución de una estructura mejor articulada del sistema de servicios sociales. Así, la falta de esa base normativa que cohesionara las formas de prestación de los servicios derivó en diferentes formas de entender los servicios y recursos sociales, ofreciendo diferentes niveles de cobertura y de intensidad en la diversidad y variedad de los servicios que se ofertan, así como en sus formas de acceso y en la aportación económica de las personas usuarias.

Esta situación obligó a la promulgación de la ley de servicios sociales de 2008.

## 2. Contexto actual

La vigente Ley de Servicios Sociales de 2008 (en adelante, LSS) instaura el derecho subjetivo a los servicios y prestaciones de servicios sociales, que se detallan en el catálogo incluido en la propia Ley y cuya delimitación se ofrece en el Decreto de Cartera de prestaciones y servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales (SVSS). Con la Ley de servicios sociales de 2008 asistimos a un proceso de creación de un sistema público de servicios y prestaciones sociales que apuesta por la preservación de las personas en su entorno habitual, optando por el enfoque comunitario de la intervención. Sistema que otorga prioridad al mantenimiento de las personas en su entorno de vida habitual, preferentemente en su domicilio, articulándose, cuando la permanencia en el domicilio no resulte viable, alternativas residenciales idóneas, que por su tamaño y proximidad, faciliten la integración en el entorno.

En consecuencia los principios de proximidad y de atención personalizada, integral y continuidad de la atención inspiran el Sistema Vasco de Servicios Sociales.

Un sistema que reconoce que el acceso a las prestaciones y servicios sociales «constituye un derecho subjetivo» de toda la ciudadanía, independientemente del lugar de residencia, igual que a la educación o a la sanidad y que se hace efectivo en los últimos días de 2016.

Se consolida, por tanto, como un sistema público al nivel del sistema educativo o el sanitario, con la catalogación de las prestaciones y los servicios, con un claro compromiso presupuestario de las administraciones públicas, y de los Municipios en particular, que se ven abocados a crear servicios que hasta la entrada en vigor de la Ley de Servicios Sociales de 2008 no estaban obligados a prestar.

Con la aprobación del Decreto Cartera de Prestaciones y Servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales (DC) en el mes de Octubre de 2015, se ha dado luz verde a la puesta en marcha de un proceso cuyo diseño se inició con la publicación de la LSS en los últimos días de 2008. Decreto éste de difícil configuración que ha requerido para su aprobación el acuerdo unánime de los tres niveles institucionales con competencias en materia de servicios sociales. Pero el esfuerzo y el gran número de horas de trabajo invertidas en él han desembocado en un texto normativo que desarrolla y objetiva el derecho subjetivo de acceso a los servicios sociales. Concreta y delimita los objetivos, la población destinataria, los requisitos tanto de necesidad como administrativos, entre otros aspectos, de cada uno de los servicios y prestaciones incluidas en el catálogo de prestaciones y servicios previsto en la LSS.

Junto con el DC se ha aprobado otro de los principales instrumentos que la LSS prevé de cara a asegurar el adecuado desarrollo del Sistema Vasco de Servicios Sociales; el Plan Estratégico de los Servicios Sociales de la CAPV 2016-2019, que incorpora el mapa de los servicios sociales y la memoria económica.

El Plan Estratégico de los Servicios Sociales de la CAPV 2016-2019 tiene como finalidad avanzar en la configuración de un Sistema Vasco de Servicios Sociales que garantice el acceso a los servicios y prestaciones económicas, dando pasos para alcanzar niveles de atención similares sobre la base de la planificación del despliegue de los servicios y prestaciones.

Por su parte el Mapa de los Servicios Sociales de la CAPV 2016-2019 (Mapa de la CAPV) define las coberturas, así como las personas a atender por Territorio Histórico y establece los criterios poblacionales más idóneos para implantar los servicios. Se basa en los siguientes elementos:

- La ordenación territorial de acuerdo con los criterios poblacionales considerados más idóneos para la prestación de los servicios.
- Las delimitaciones geográficas que conforman la estructura territorial del Sistema: Territorio Histórico, Sectores, Comarcas, Áreas y Zonas Básicas.
- La cobertura de atención de cada servicio y prestación en función de las necesidades que deben ser atendidas en cada zona.

El Mapa de la CAPV establece unas orientaciones sobre las franjas de población recomendadas para las diferentes zonas de prestación de los servicios sociales, y distribuye los servicios que deben prestar los Municipios, mayoritariamente en Zona Básica, Área y Comarca, conforme se describe en el Cuadro 1.

**Cuadro 1. Distribución de los servicios sociales de competencia municipal**

Demarcación	Servicio
Zona básica	1.1. Servicio de información, valoración, diagnóstico y orientación. 1.2. Servicio de Ayuda a Domicilio. 1.3. Servicio de intervención socioeducativa y psicosocial. 1.4. Servicio de apoyo a personas cuidadoras*.
Área	1.7.1. Servicio de atención diurna para personas mayores**. 1.9.1. Piso de acogida. 1.9.3. Apartamentos tutelados (personas mayores)**. 1.9.4. Vivienda comunitaria (personas mayores)**.
Comarca	1.7.2. Servicio de atención diurna para personas en situación de exclusión. 1.8. Servicio de acogida nocturna 1.9.2. Vivienda tutelada para personas en riesgo de exclusión**.

\* Servicio escasamente desarrollado. \*\* Servicio nuevo.

Fuente: Elaboración propia, a partir del Mapa de los Servicios Sociales de la CAPV 2016-2019.



A nivel Territorial, se elaboran los Mapas de Álava, Bizkaia y Gipuzkoa, que se incorporan como anexo al Plan Estratégico de la CAPV 2016-2019.

## 2. Retos y líneas de avance

Nos encontramos en un momento crucial en la construcción y desarrollo del Sistema Vasco de Servicios Sociales. Se pasa de un sistema subvencional y discrecional a un verdadero sistema prestador de servicios, al constituirse como derecho subjetivo el acceso a los servicios sociales. Así las personas que reúnan los requisitos establecidos podrán acceder a los servicios y centros de servicios sociales incluidos en el catálogo de prestaciones y servicios, pudiendo hacer valer dicho derecho ante los tribunales. La instauración del derecho subjetivo es la base de la ley y su gran logro y para ello el Sistema Vasco de Servicios Sociales se erige como garante de tal derecho.

Pero la atención que se va a ofrecer al hacerse efectiva la universalización del sistema es diferente, al menos, en los servicios sociales municipales. Se parte, por tanto, de situaciones diferentes. Ya que previo a dicha universalización del sistema no se ofrecen prestaciones y servicios a todas las personas que pudieran tener reconocido el derecho, conforme a la LSS de 2008<sup>2</sup>. En cambio en 2017 todas las personas que cumplan los requisitos de acceso a los servicios sociales municipales deberán ser atendidas si cumplen con los requisitos de acceso establecidos y la prescripción técnica indica que es el recurso idóneo para satisfacer las necesidades de la persona solicitante.

Apuntar también que sobre la base del marco normativo anterior a la LSS de 2008, los servicios sociales municipales están obligados a prestar servicios principalmente orientados a personas no dependientes<sup>3</sup>. De acuerdo con el desarrollo de la vigente LSS, a través del Decreto de Cartera, los servicios sociales municipales deberán atender a personas, que hasta ahora, no lo venían haciendo, personas en riesgo pero cercanas a la dependencia<sup>4</sup> y en situación de dependencia, en riesgo y en situación de exclusión, en riesgo y en situación de desprotección.

Otro hecho a destacar es la presencia en el catálogo de la LSS, de servicios incardinados en el nivel de atención primaria, de competencia municipal, que hasta la publicación de la LSS de 2008 estaban fuera del ámbito de los servicios sociales municipales y que incluso pudieran ser considerados como servicios nuevos, en unos casos, y escasamente desarrollados, en otros. Es el caso de:

- Los servicios de Atención Diurna para personas mayores en riesgo o situación de dependencia Grado I (entre 25 y 39 puntos BVD).
- Los Apartamentos tutelados.
- La Vivienda Comunitaria para personas dependientes Grado I.
- La Vivienda Tutelada para personas en riesgo de exclusión.
- El Servicio de apoyo a personas cuidadoras.

---

<sup>2</sup> Salvo las amparadas por el Sistema de Dependencia.

<sup>3</sup> A excepción del servicio de ayuda a domicilio.

<sup>4</sup> El Decreto de Cartera entiende por situaciones de riesgo de dependencia, las que obtengan una puntuación de 23 o 24 en el Baremo de Valoración de la Dependencia (BVD).

Junto con estos servicios el catálogo de la LSS, recoge otros, que aunque a los efectos del Mapa de los servicios sociales de la CAPV no tienen la consideración de nuevos o escasamente desarrollados, no se venían prestando por todos los Municipios dado que, en base con el marco normativo anterior a la LSS de 2008, estaban asignados a los Municipios de mayor población, como es el caso de los pisos de acogida y los servicios de atención diurna y acogida nocturna para personas en situación de exclusión.

Debe estar presente, asimismo, que se atiende en los servicios sociales municipales a personas que, conforme a la configuración del Decreto de Cartera, no son titulares del derecho subjetivo, pero que, por el contrario, deben seguir siendo usuarias de los servicios sociales municipales, conforme a la Disposición Transitoria cuarta de la LSS.

Al mismo tiempo recordar que las prestaciones y servicios a ofrecer por los servicios sociales municipales, deberán crecer, en algunos supuestos, para alcanzar las coberturas medias que se proponen en el Mapa de los Servicios Sociales de la CAPV.

Todo ello obliga a:

- Adecuar los servicios sociales municipales a las necesidades de esa diferente población destinataria de los mismos que requiere mayor intensidad de apoyo.
- Crear nuevos recursos para dar cabida a los nuevos servicios.
- Seguir prestando servicio a las personas que están siendo atendidas en los servicios sociales municipales aunque no cumplan en perfil de personas titulares del derecho.
- Incrementar, en su caso, la cobertura de los servicios para alcanzar la media prefijada.
- Sin olvidar que también deben mantenerse el ofreciendo de los servicios considerados estabilizados (Servicio de Ayuda a Domicilio, Servicio de Intervención Socioeducativa y psico-social, entre otros).

Junto con la adecuación de los servicios sociales al nuevo escenario, en cuanto a la atención se refiere, se hace preciso conocer cómo se sitúan los servicios de atención primaria de cada Municipio en el Territorio, tanto en zona básica, como en Área, como en Comarca y en Sector. Es el momento de dibujar el mapa de cada Territorio, que delimite las Comarcas, las Áreas y las Zonas Básicas, en su caso y los Municipios ubicados en cada uno de esos ámbitos territoriales.

Esta delimitación territorial obliga a los Municipios a establecer fórmulas de gestión compartida de los servicios que deben prestarse en ese ámbito territorial, llevando, en algunos casos, a la agrupación de los mismos o al establecimiento de acuerdos para la prestación de un servicio en uno de ellos pero ofreciéndolo al resto de los Municipios de dicha Comarca/Área.

La LSS de 2008 abandona la atribución de competencias a los Municipios en materia de servicios sociales en base con la población de los mismos, que preveía la LSS de 1996. Esta última asignaba

una serie de funciones a todos los Municipios y además, para los de más de 20.000 habitantes, establecía un plus de servicios a ofrecer. Ahora todos los Municipios vascos tienen que ofrecer los servicios de atención primaria concretados en el Catálogo de la LSS. Eso no quiere decir que todos deban disponer en su propio término municipal de todos los servicios y prestaciones sino que deben estar en disposición de ofrecerlo en algunos casos por sí mismos<sup>5</sup>, o en comunión con los otros Municipios pertenecientes a un mismo ámbito, principalmente en el nivel de Comarca y en algunos casos en el nivel de Área. Para ello se deben explorar las formas más idóneas para la gestión compartida de los servicios, que a través de ‘agrupar’ o ‘asociar’ Municipios puedan ser más efectivas, así como las fórmulas de cofinanciación de los servicios, dado que ni el Mapa de los Servicios Sociales de la CAPV, ni la propia LSS, dan respuesta a cómo debe ejercerse esa gestión compartida.

Una dificultad añadida supone que ciertos servicios y prestaciones, a ofrecer en el nivel de atención primaria, no disponen de un reglamento de desarrollo que establezca los requisitos materiales, funcionales, de personal, entre otros, como es el caso de la vivienda tutelada para personas en riesgo de exclusión y de los servicios de atención diurna, ambos considerados como servicios nuevos en el mapa de los servicios sociales de la CAPV. Lo que entorpece la puesta en marcha de dichos servicios ante la falta de un diseño claro más allá de los requisitos mínimos prefijados en el Decreto de Cartera.

También debe tenerse en cuenta en este proceso que los servicios sociales de base municipales juegan un papel estratégico en la materialización del derecho subjetivo a los servicios sociales. Son la puerta de entrada al SVSS y su elemento básico. Por ello si lo que se persigue es el desarrollo de un Sistema estable que dé respuesta a las necesidades sociales de las personas, los servicios sociales de base deben consolidarse como la piedra angular del Sistema. A ellos se les asigna además del acceso al SVSS la prestación de servicios tales como el Servicio de Información, Valoración, Diagnóstico y Orientación, el Servicio de Ayuda a Domicilio, el Servicio de intervención Socioeducativa y Psicosocial y el Servicio de Apoyo a Personas Cuidadoras.

Otra de las tareas a extender en los servicios sociales de base es el desarrollo de las funciones vinculadas a la coordinación de caso, desplegando los procedimientos e instrumentos vinculados a la coordinación de caso, entre ellos el plan de atención personalizada. Para ello se debe impulsar la figura de referente de caso a los efectos de poder garantizar a la persona que lo precise un o una profesional de referencia que lleve a cabo un acompañamiento personalizado<sup>6</sup>.

Todos estos procesos deben estar perfeccionados a la fecha de prevista para la universalización de los servicios<sup>7</sup>, lo que también lleva aparejado el correspondiente reajuste competencial y financiero entre las Administraciones públicas vascas, con el fin de garantizar la suficiencia financiera para la provisión del Catálogo de Prestaciones y servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales<sup>8</sup>.

<sup>5</sup> Municipios de entre 50.000 y 200.000 habitantes que pueden constituir por sí solos un Área y una Comarca.

<sup>6</sup> La LSS de 2008, en su artículo 19.4, viene a decir: “la responsabilidad para la coordinación del procedimiento recaerá en un profesional o una profesional del Sistema Vasco de Servicios Sociales en los siguientes términos: a) en la fase inicial del procedimiento, la responsabilidad recaerá en una trabajadora o trabajador social del Servicio Social de Base, que actuará como profesional de referencia, salvo que por la naturaleza de la intervención se estime más adecuado que la función de referencia recaiga en otra figura profesional, contando, en su caso, con la colaboración y participación de otras personas profesionales de los Servicios Sociales Municipales”.

<sup>7</sup> En un periodo de ocho años desde la entrada en vigor de la LSS 2008 (disposición transitoria primera).

<sup>8</sup> Disposición transitoria tercera de la LSS 2008.

### 3. Conclusión

Con todo ello se puede afirmar que los servicios sociales municipales se encuentran en un momento de máximo protagonismo. Se está construyendo y diseñando el Sistema Vasco de Servicios Sociales, cuya puerta de entrada es a través de los servicios sociales de base municipales. Sistema que da comienzo su andadura pero que no tiene un final determinado, y que se desarrollará a largo de los próximos años con los ajustes que sea preciso realizar tras su puesta en práctica.

Para todo ello, va a ser preciso:

- Priorizar.
- Acordar.
- Reajustar las competencias y los flujos financieros.
- Reorganizar los servicios.
- Dotar los servicios nuevos y escasamente desarrollados.
- Mantener los servicios y prestaciones que se vienen ofreciendo
- Diseñar las mejores formas de gestión compartida de los mismos.
- Establecer las fórmulas de financiación de los servicios.

## EL RESPONSABLE DE CASO EN EL SISTEMA DE SERVICIOS SOCIALES

**Cinta Guinot Viciano**

*Departamento de Trabajo Social, Universidad de Deusto, campus de Donostia-San Sebastián*

### 1. Introducción

Este análisis monográfico aborda el modelo de gestión de caso desde la perspectiva del trabajo social, analizando la figura del responsable de caso, para después señalar de un lado las dificultades que existen para su implementación en el contexto de los servicios sociales de la Comunidad Autónoma Vasca, y de otro las posibles alternativas o buenas prácticas identificadas para resolver estas dificultades. Esta construcción de fortalezas y debilidades se ha realizado a partir de las reflexiones compartidas y sistematizadas en el contexto de los seminarios sociales Gizarte Mintegiak en la universidad de Deusto, permitiendo identificar buenas prácticas y puntos críticos al respecto. Por último se presentarán las conclusiones más significativas en torno a la figura del profesional responsable de caso y la referencialidad en nuestro contexto.

Gizarte Mintegiak es un proyecto de investigación y gestión del conocimiento promovido por el Departamento de Política Social de la Diputación Foral de Gipuzkoa y el Departamento de Trabajo Social y Sociología del campus donostiarra de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, de la Universidad de Deusto.

La metodología empleada en Gizarte Mintegiak compagina la reflexión personal, la aportación de los y las expertas y el debate en grupos, lugar clave para la generación del conocimiento compartido entre los agentes implicados.

Este informe aborda parte del contenido trabajado en el segundo módulo del curso 2014-15 referido al profesional de referencia/responsable de caso: figura clave para garantizar los derechos sociales de las personas en el Sistema Vasco de Servicios Sociales. En este módulo se ha contado con la participación de 30 profesionales de distintos ámbitos del sistema de Servicios Sociales y de Salud. Sin duda, sus aportaciones, reflexiones y debates son parte fundamental del contenido y sentido de este trabajo, por lo que su compromiso y participación al abordar el tema que nos ocupa ha permitido la elaboración de las cuestiones que abordamos siendo por tanto también cada uno de los participantes coautores de este documento.

### 2. Contextualización del modelo de gestión de casos

#### 2.1. Marco legislativo en la Comunidad Autónoma Vasca

La referencia legislativa del Sistema de Servicios Sociales se ubica en la Ley 12/2008 de Servicios Sociales y en el Decreto 185/2015 de Cartera de Servicios y Prestaciones del Sistema Vasco de Servicios Sociales 10/2015.

Tanto la actual Ley 12/2008 de Servicios Sociales como el Decreto 185/2015 de Servicios y Prestaciones Sociales realizan una clara apuesta por la atención personalizada en el modelo de atención que proponen. Esto supone una oportunidad para superar la burocratización a la que los trabajadores y trabajadoras sociales y otros profesionales de la atención primaria se han visto sometidos en los últimos años y, en consecuencia, asumir el reto y el compromiso de una adecuada atención a las personas basada en el vínculo relacional y en el acompañamiento social. Por lo que el modelo propuesto por este marco legislativo pone en valor a la intervención individualizada y apuesta por garantizar la coherencia y la continuidad de los itinerarios de atención.

Para ello, la propia Ley de Servicios Sociales en el artículo 19 apunta que cada persona o familia tendrá asignado a un profesional de referencia y este tras realizar la valoración inicial y en el caso de que sea necesario, asumirá la elaboración del diagnóstico y el diseño y puesta en marcha de su posterior plan de atención individualizado, realizando un seguimiento del mismo. Es importante destacar que en su artículo 9 esta Ley puntualiza el derecho de las personas usuarias de poder contar con un profesional de referencia, que vele por la coherencia, integralidad y continuidad del proceso de intervención. Así, el marco legal actual legitima al responsable de caso como figura de referencia que establece un vínculo con los usuarios, garantizando un seguimiento personalizado, integral y acompañándoles en todo el proceso de intervención planificado.

La Ley también contempla (art. 12) que cuando en algunas situaciones el profesional de referencia considere necesaria una derivación de la persona usuaria a otro servicio, éste velará para que una derivación no signifique *mandar a las personas a la deriva*, sino acompañarles en sus procesos de cambio y garantizar la puesta en marcha de un plan de intervención coordinado.

El procedimiento básico de intervención (art. 19), siempre teniendo en cuenta el consentimiento de la persona implicada, propone que la responsabilidad recaerá en una trabajadora o trabajador social del servicio social de base, que actuará como profesional de referencia. Planteando también que pueden darse circunstancias en las que se considere que esta función de referencia recaiga sobre otra figura profesional de los servicios sociales.

El proceso de intervención consiste en realizar un diagnóstico, valorando las necesidades en los ámbitos de desprotección, dependencia y exclusión social y contemplando diferentes categorías respecto a las situaciones de riesgo. La Ley ha considerado relevante la figura del profesional de referencia, para garantizar un desarrollo adecuado de esta intervención y su seguimiento.

## 2.2. Análisis del modelo de gestión de casos

El modelo de intervención social de gestión de casos pretende garantizar que aquellos clientes con dificultades y necesidades complejas reciban una atención integral, facilitándoles el acompañamiento y los servicios necesarios, en el tiempo y calidad adecuados. Es el denominado enfoque *boundary-spanning*, término de difícil traducción al castellano, que significa que además de proveer un determinado servicio directo al cliente, los trabajadores y las trabajadoras sociales son los profesionales encargados de enlazar al cliente con la red de servicios existentes de modo que éstos puedan cubrir algunas de sus necesidades, coordinando la intervención. Así, este enfoque otorga importancia de un

lado a la conexión y de otro a la realización de una serie de funciones profesionales tales como el apoyo, la defensa, el acompañamiento y la creación de recursos, todo ello con el fin de garantizar un conocimiento de las necesidades del cliente y buscar alternativas para que éstas puedan ser satisfechas (Rubin, 1992; Minahan, 1987).

Este modelo plantea que en la figura profesional del trabajador o trabajadora social gestor de casos recae la responsabilidad del caso, tanto de los servicios prestados al ciudadano como de las repercusiones que la intervención tendrá para el futuro de la persona. En definitiva el modelo pretende garantizar que exista un profesional de referencia que se responsabilice en todo momento del conjunto de la intervención y que apoye y acompañe al cliente en su proceso de cambio garantizándole la prestación de un servicio responsable (Viscarret, 2007). Las raíces de este modelo se hunden en las propias raíces de esta disciplina, pues la aproximación sistemática a la recogida de datos e información y la evaluación, así como la equidad en la asignación de recursos y el interés por la coordinación de los casos son algunos de los principales objetivos que siempre han estado presentes en la base del trabajo social (Permlan, 1980). En cualquier caso, la gestión de casos es un modelo utilizado en otras disciplinas y que ha cobrado auge fundamentalmente en el ámbito de la salud.

Su surgimiento como modelo distinto al *casework* se vincula al desarrollo de los servicios sociales y las agencias de trabajo social sobre todo en el ámbito anglosajón. La irrupción de numerosos programas y servicios de asistencia social tanto de vinculación pública como privada crearon la existencia de una red de servicios “altamente compleja, duplicadora y descoordinada” (Intagliata, 1992: 655). Esta aparición de servicios de gran especialización y dirigidos a una serie de colectivos determinados trajo consigo la necesidad de implementar otras estrategias de intervención con ciertos clientes que presentaban problemáticas complejas y que necesitaban apoyo en diferentes áreas y facetas de su vida, teniendo que buscar alternativas para superar el riesgo de desconexión y descoordinación entre programas y de este modo poder garantizar la prestación de servicio adecuada.

El resultado de esa dificultad de coordinación fue la puesta en marcha de una duplicidad de recursos en la atención a los clientes, suponiendo esta realidad un mayor coste económico para la comunidad. De manera que la aparición de la gestión de casos en trabajo social surge de la preocupación por efectuar una práctica profesional más eficaz que sin perder en ningún momento de vista la importancia del apoyo a las personas fuera capaz de lograr una utilización más óptima de los recursos disponibles. Así pues se considera adecuado trabajar desde esta perspectiva en las situaciones en que es necesario coordinar recursos y esfuerzos persiguiendo fundamentalmente los siguientes objetivos (Viscarret, 2012):

- Asegurar un vínculo con el ciudadano que garantice la continuidad de la atención aunque éste transite por diferentes servicios.
- Coordinar las intervenciones de los distintos servicios y asegurar que éstos satisfagan las necesidades de las personas, tratando de evitar las duplicidades.
- Ayudar a los clientes a tener acceso a los servicios que necesitan, siendo el responsable de caso referencia para ayudarles a superar los obstáculos de accesibilidad.

- Asegurar que los servicios prestados son acordes con las necesidades del cliente y que se implementan en tiempo y forma convenientes.

Las funciones y responsabilidades del Trabajo Social de gestión de casos variarán dependiendo del tipo de situación planteada, así como de los objetivos del sistema o servicio desde el que se inter venga, aunque en líneas generales y según refieren distintos autores es posible destacar algunos elementos clave que configuran la puesta en práctica de este modelo que pasamos a comentar a continuación (Viscarret, 2012):

- La planificación y la implementación de los servicios contemplará que cada cliente es único y que por tanto posee capacidades y debilidades distintas y propias que deben ser siempre tenidas en cuenta.
- El apoyo al cliente y la prestación de servicios deben ser cambiantes en el tiempo, de modo que el tipo de servicios implementados así como su intensidad tiene que ajustarse a los cambios que se producen en el proceso y a las necesidades y potencialidades de los clientes.
- La intervención busca motivar al cliente para que pueda funcionar con la máxima autonomía posible, ajustando el nivel de apoyo de manera personalizada a sus capacidades.
- La intervención se fundamenta en una relación de ayuda que se establece entre cliente y trabajador o trabajadora social que debe ser honesta y facilitadora.
- Se dirige a garantizar un *continuum* en la atención a las personas con problemas y dificultades múltiples y complejas.
- Interviene desde una perspectiva terapéutica para mejorar el acompañamiento ante problemas emocionales y elaboraciones de duelo relacionadas con la pérdida.
- Utiliza las habilidades de mediación y defensa propias del trabajo social como elementos imprescindibles en la intervención y prestación del servicio.
- Se dirige a aquellos clientes que requieren de intervenciones comunitarias y en gran medida a largo plazo, abarcando necesidades en diferentes ámbitos tales como el social, emocional, económico, de salud y personal.
- Se dirige a proveer servicios que potencien un entorno menos restrictivo.
- Requiere evaluar la capacidad funcional del cliente, así como el nivel de apoyo que le proporciona su red social, para determinar con rigurosidad el nivel de apoyo y acompañamiento necesario.
- Se sustenta en los valores del Trabajo Social tales como la autodeterminación, la dignidad de todas las personas y la responsabilidad compartida entre cliente y profesional en la toma de decisiones.



### 2.3. Dos metodologías necesarias: el acompañamiento social y el trabajo en red

En sintonía con la propuesta de Duque (2012) identificamos la figura del gestor de caso con la del profesional de referencia que se responsabiliza del proceso y cuya herramienta metodológica fundamental es el acompañamiento social. De manera que será este quien asuma la responsabilidad del caso, teniendo como encargo y responsabilidad profesional garantizar la coherencia, integralidad y continuidad del proceso de intervención. Ya se ha señalado que es la puesta en marcha y coordinación de todo ese proceso lo que se entiende como gestión de caso.

El término acompañamiento social pone el énfasis en el reconocimiento del derecho de la ciudadanía a una atención personalizada y mantenida en el tiempo, que no se conciba únicamente como una obligación por el hecho de estar percibiendo una prestación económica (Colegio Oficial de Trabajadores Sociales de Madrid, 2003).

El acompañamiento lleva consigo una evaluación respecto al grado de cumplimiento de los objetivos establecidos y de las actividades acordadas, pues acompañar sólo es posible desde la puesta en marcha de un proceso de responsabilidad compartido con el objetivo de no perpetuar la situación y el compromiso de realizar cada una de las partes las acciones consensuadas. Cuando se defiende la necesidad de hacer posible el acompañamiento desde una figura profesional de referencia, se considera que las personas no llegarán a obtener el mismo resultado si solamente se pone a su alcance de manera despersonalizada un recurso o una prestación, cobrando en este sentido la dimensión relacional una gran relevancia.

De manera que, tal y como plantean Alonso y Funes (2009: 9-10), “la idea del acompañamiento es indisoluble a la idea del ‘doble derecho’. El doble derecho de las personas a recibir determinadas prestaciones o servicios básicos y, también a la personalización, al apoyo personalizado para que estas ayudas acaben siendo eficientes, generen un proceso personal de cambio, modifiquen los contextos vitales generados por los déficits o las dificultades”. Raya y Caparrós (2014) matizan que el acompañamiento es una metodología que permite diseñar un proyecto con la persona, teniendo en cuenta el punto de partida y las condiciones del contexto que actuarán como factores de riesgo o de protección del mismo. Por tanto, acompañar “supone también reconocer el protagonismo de los sujetos en el desarrollo de su proceso, y situarse en la posición de quien está al lado a lo largo de un período, aportando elementos que ayuden al sujeto a desarrollarse” (Aguilar y Llobet, 2010: 20).

Por otro lado, hay que subrayar la importancia de articular las distintas actuaciones de los profesionales que participan en el proceso. De manera que el acompañamiento social precisa del trabajo en red ya que los problemas sociales son multicausales y esto conlleva que la eficacia de las intervenciones se incremente con la actuación sinérgica de distintos agentes y profesionales. El propósito que da sentido a intervenir como responsable de caso desde la metodología del acompañamiento social es lograr que las personas puedan crear y /o reconstruir en su propia comunidad sus redes sociales primarias.

Destacamos que esta propuesta implica conectar al ciudadano o ciudadana con las posibilidades de su medio social, con proyectos de intervención especializados y demás acciones de las entidades de protección social. Así el trabajo social de acompañamiento tiene en cuenta la dimensión del trabajo

relacional con los demás sistemas de protección social y se encarga de mediar ante los mismos para facilitar el acceso y garantizar que se adecuen a las necesidades de las personas.

El trabajo en red exige que cada uno de los protagonistas tome conciencia de que esta forma de trabajo compartido es rentable y de que sin duda el éxito de la misma requiere del protagonismo de todos los elementos, de modo que es requisito que cada uno se implique y comprometa en una tarea común. Sin este convencimiento es muy difícil que el profesional de referencia o responsable de caso pueda coordinar el trabajo de los diferentes agentes participantes, pues el punto de partida para un trabajo en red es la construcción de un esquema común de referencia que permita vertebrar las futuras actuaciones y diseñar procesos de actuación en los que cada una de las partes se sientan incluidas y entiendan cuál es el sentido de su aportación técnica.

Así, desde los servicios sociales de base el trabajador o trabajadora social como responsable y figura de referencia debe identificar a los actores intervinientes, promover el conocimiento mutuo, tomar conciencia del protagonismo compartido, establecer un diagnóstico consensuado, planificar conjuntamente las actuaciones y establecer protocolos y procedimientos de actuación. Todo esto supone ir afianzando un sistema de servicios sociales cuya pieza clave es la atención primaria, integrada en un territorio determinado. Unos servicios sociales de naturaleza fundamentalmente relacional cuya intervención se articula y cobra sentido en coordinación con los otros sistemas del bienestar (Duque, 2012).

#### 2.4. El trabajador o trabajadora social como responsable de caso. Proceso de intervención

Para entender el papel del responsable de caso ubicado en los servicios sociales de base y centrarlo en la figura profesional del trabajador o trabajadora social, Barriga (2009) señala que la verdadera riqueza y sentido del trabajo social de base es que desde el acercamiento a los distintos lenguajes especializados, es capaz de elaborar explicaciones globales y complejas partiendo de los datos y aportaciones facilitadas por las diferentes perspectivas especializadas, de este modo el trabajador social generalista pasa a ser un especialista de la complejidad.

La creatividad es una competencia esencial; así el trabajador o trabajadora social responsable de caso tiene que ser capaz de idear de manera creativa las estrategias y alternativas de intervención, es decir construir procesos de acompañamiento basados en la fuerza de la creatividad. Cabe en este punto diferenciar entre los conceptos de procedimiento y proceso para puntualizar que en el tema que nos ocupa hay que hablar de procesos de intervención social y no de procedimientos (Barriga, 2009).

El procedimiento es un camino a recorrer con un inicio y con un fin esperable. En cambio en el proceso no es posible establecer una predicción absoluta, de modo que un proceso se apoya en la visión estratégica, en la interacción con el otro/a y en tener en cuenta la incertidumbre. El riesgo por tanto al establecer una propuesta de intervención es caer en la mera aplicación de protocolos estandarizados, perdiendo como papel fundamental del trabajador o trabajadora social responsable de caso la capacidad reflexiva y la creatividad como ingredientes esenciales en la tarea de acompañar los procesos de cambio de las personas usuarias o clientes (Barriga, 2009). También Sarabia (2011: 16) señala

a este respecto que “la ejecución del método de gestión de casos requiere el desarrollo de unas competencias que incluyen capacidades para trabajar con problemas complejos, con las familias y sus múltiples necesidades, con numerosos interlocutores —públicos, empresariales y privados—, y de lidiar con el sistema burocrático”.

La gestión de casos implica tanto un trabajo de intervención directa, en donde cobra protagonismo la relación profesional-cliente y el proceso de puesta en marcha de un plan de intervención determinado, como la intervención indirecta, que tiene en cuenta a las estructuras organizativas, cuestiones administrativas de relación entre servicios, así como los recursos existentes en la comunidad. Por tanto, para la puesta en marcha del modelo de gestión de casos se tendrán que implementar una serie de técnicas y procedimientos dependiendo del nivel de actuación, bien directo con el cliente o indirecto tomando en cuenta lo estructural y organizativo. Cabe destacar que ambos niveles se complementan y cobran sentido de manera relacional, no siendo ninguno más importante o necesario que el otro, sino ambos necesarios.

En la intervención directa, a pesar de las distintas variaciones contextuales, existe un acuerdo respecto a las funciones clave o esenciales del trabajador o trabajadora social responsable y referente de caso que siguiendo las directrices de Viscarret (2007) son las siguientes:

- Evaluación y diagnóstico de la situación y realidad del individuo/grupo/familia.
- Planificación del servicio e identificación de recursos.
- Vincular a los clientes con los servicios requeridos.
- Implementación del servicio y coordinación.
- Seguimiento de la prestación del servicio.
- Defensa o *advocacy* para la obtención de servicios.
- Evaluación de los servicios y de los sistemas de prestación de servicios.

Respecto a las funciones clave de intervención indirecta, siguiendo a Arriola (2006), se destacan las siguientes:

- Promover la corresponsabilidad con otras instituciones y servicios.
- Asegurar el funcionamiento adecuado del proceso, promoviendo la adecuada implementación de los servicios necesarios.
- Controlar el acceso y la adjudicación de recursos, en función de los criterios establecidos, para lograr la eficacia y la eficiencia.
- Cooperar con otros profesionales en defensa de los intereses del cliente.

En definitiva, junto con las funciones propias de la intervención directa, el profesional responsable de caso, desempeña una importante labor de engranaje y activación del sistema, participando en la coordinación y mejora continua de los servicios (Arriola y Beloqui, 2006).

Por tanto, con todo lo dicho podemos concretar que, tal y como plantea la Asociación Nacional de Trabajadores Sociales Norteamericana (2002), la gestión de casos es un método de prestación de servicios por el cual el trabajador o trabajadora social profesional, desde la metodología del acompañamiento social, evalúa las necesidades del cliente y en su caso de su familia, organizando, coordinando, realizando un seguimiento, evaluando y consiguiendo implementar los recursos más adecuados y necesarios para poder encontrar soluciones a los problemas del cliente.

### 3. Reflexión surgida en el marco de los seminarios sociales. Dificultades existentes y buenas prácticas identificadas en la implementación de la responsabilidad de caso en el sistema vasco de Servicios Sociales

Como se ha señalado en la introducción, el diálogo y análisis respecto a las buenas prácticas y los puntos críticos de la implementación del modelo de gestión de casos se ha construido de manera colaborativa entre un grupo de 30 profesionales de Gipuzkoa que realizan su ejercicio profesional en los ámbitos de infancia, dependencia/discapacidad e inserción social. Cabe destacar que los diferentes participantes han enriquecido el diálogo desde sus aportaciones plurales, ya que, de éstos, trece ejercen cargos técnicos en entidades del tercer sector que gestionan los recursos de servicios sociales del territorio guipuzcoano, nueve son cargos técnicos de la propia Diputación Foral, seis trabajadoras sociales ejercen su labor profesional en los servicios sociales de atención primaria de Gipuzkoa y por último dos trabajadoras sociales pertenecen al Servicio Vasco de Salud, Osakidetza.

Para abordar el análisis y la implementación del modelo, se han realizado tres sesiones de trabajo dinamizadas por profesorado del Departamento de Trabajo Social del campus de Donostia de la Universidad de Deusto. El objetivo final de las mismas ha sido establecer unas conclusiones respecto a las buenas prácticas y áreas de dificultad para la puesta en práctica de un marco de atención compartido, que favorezca la puesta en marcha de procesos de intervención en los que el profesional responsable de caso pueda ser referente y figura de proximidad para acompañar itinerarios personales y familiares desde los propios servicios sociales, de manera que sea posible dinamizar un trabajo en red y garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales y la mejora de la calidad de vida de la ciudadanía.

#### 3.1. Dificultades existentes

Para la implementación y puesta en marcha de este modelo y teniendo en cuenta la idiosincrasia propia de los Servicios Sociales en el Territorio de Gipuzkoa, se han destacado las siguientes cuestiones como puntos críticos o áreas de dificultad o bloqueo.

- **La distribución competencial.** En primer lugar nuestra compleja distribución competencial acarrea situaciones de bloqueo que obstaculizan ofrecer una atención al ciudadano que

permita de manera ágil actuar desde la figura de responsable de caso durante todo el itinerario de intervención.

- **La sobrecarga.** Un segundo punto crítico, se centra en la actual saturación de carga de trabajo de los trabajadores y las trabajadoras sociales de los servicios sociales de base, de modo que el volumen de trabajo impide poder ejercer de referente o responsable de caso con todos los usuarios. Esta realidad dificulta la aplicación del modelo ya que no está garantizado un ratio adecuado profesional-cliente en el que se haya ponderado qué supone el trabajo del responsable de caso en cuanto a funciones y tiempos de dedicación en los diversos ámbitos de intervención.
- **El modo de acceso al sistema.** Un tercer aspecto de dificultad se sitúa en el acceso al sistema desde fuera de los servicios sociales municipales, pues sucede que en ciertas áreas de intervención las personas acceden al sistema de manera directa desde la atención secundaria. Esto es valorado por los profesionales como un elemento de dificultad a la hora de concretar la responsabilidad del caso, ya que los servicios sociales de base no han tenido contacto con la persona antes de ser atendida en un servicio especializado y se hace difícil asumir la responsabilidad del caso en estas circunstancias.
- **Los cambios de domicilio.** En cuarto lugar uno de los puntos críticos señalados se centra en los cambios de domicilio de las personas usuarias de los servicios sociales. En nuestro contexto la figura de responsable de caso se inscribe en un marco legal que pivota sobre el empadronamiento de la persona usuaria, de manera que es este registro el que distribuye la responsabilidad de los casos, lo que en ocasiones genera una alta concentración de personas en determinados municipios. Se ha constatado que en áreas como la de inserción social, cobra especial relevancia esta dificultad, pues los cambios de domicilio por decisión propia o ajena son frecuentes, de modo que aumenta la complejidad para discernir quién es el profesional de referencia para la persona usuaria para una óptima intervención y a quien le corresponde serlo debido al nuevo lugar de residencia aunque no mantenga vínculo alguno con la persona.
- **La validación de diagnósticos.** Un quinto obstáculo detectado desde la propia experiencia de los trabajadores y las trabajadoras sociales de los servicios sociales de base, se centra en su valoración de la reducida toma en consideración desde atención secundaria de los diagnósticos y valoraciones previas realizadas por los responsables de caso desde la atención primaria. En consecuencia, se resta rigor a la valoración y propuesta del trabajador o trabajadora social de base y esto incide en la eficiencia del itinerario de intervención y en el apoyo del propio sistema a la figura de responsable de caso como profesional que conoce la realidad de la persona usuaria de primera mano. Se propone imprescindible revisar la consideración y pertinencia de los diagnósticos previos para el buen desarrollo del modelo. Este obstáculo plantea el reto de buscar sinergias, en definitiva ser capaces de hacer equipo entre los servicios sociales de base y los especializados para elaborar diagnósticos y planes de intervención compartidos.

- **La derivación incompleta.** En la línea de lo anteriormente planteado, se observan también dificultades en las derivaciones de los casos realizadas desde atención primaria, pues a veces los informes de derivación no incluyen referencia explícita a las cuestiones que se han trabajado con las personas usuarias, ni tampoco a las que han quedado pendientes. En este sentido cabría poner en marcha espacios de coordinación que permitan tomar decisiones compartidas e informadas ante una derivación del caso a otro servicio o recurso.
- **La asignación del liderazgo.** Un último elemento valorado como punto crítico para el buen desarrollo del modelo de responsabilidad de caso, se centra en la ausencia de liderazgo, influida de un lado por la diversidad de agentes que intervienen en el caso y de otro por la falta de concreción y de consenso respecto a las funciones y responsabilidades del profesional responsable de caso. De manera que es necesario que toda la red de agentes participantes visualice y apoye la existencia de un líder del caso, siendo este el que toma las decisiones de manera consensuada, el responsable de coordinar la intervención, el que tiene un vínculo de referencialidad con las personas usuarias y con otros agentes, además del promotor de la retroalimentación con los otros profesionales.

### 3.2. Buenas prácticas identificadas

Respecto a las buenas prácticas identificadas, destacamos las siguientes:

- **Más allá de la competencia.** Los diferentes agentes participantes señalan que para hacer posible este tipo de intervención, es necesario dar un salto respecto al marco competencial y dotarle de mayor flexibilidad. Por lo que se plantea que una buena práctica para superar ciertos obstáculos, consiste en no supeditar la colaboración profesional al marco competencial de una manera estricta y rígida en aras a conseguir que el bienestar de la ciudadanía sea el auténtico eje de la intervención.
- **La colaboración entre los profesionales.** En lo que respecta al responsable de caso se plantea como una buena práctica el trabajo de colaboración, entendido como una corresponsabilidad basada en el desarrollo de sinergias. Esta colaboración entre los profesionales permite fortalecer la puesta en marcha de un servicio de más calidad y calidez a los ciudadanos y ciudadanas atendidos en los servicios sociales. Esta coordinación debe darse en escenarios de responsabilidad compartida en los que el responsable de caso sea capaz de liderar esa coordinación y de compartir con otros agentes profesionales las distintas responsabilidades y estrategias que surjan en todo el proceso.
- **Protocolos, guías para mejorar la intervención.** Otra fortaleza detectada para mejorar en la puesta en marcha de la figura profesional del responsable de caso, ha sido la existencia de protocolos que favorecen el diseño de los itinerarios de las intervenciones y la concreción de las competencias que corresponden a cada profesional. Se destaca que estos aportan un valor añadido y son más eficaces cuando son aplicados con flexibilidad y por tanto su cumplimiento no es un fin en sí mismo. Siendo también más eficaces cuando en los mismos se concretan las distintas tareas y responsabilidades de los profesionales intervinientes y no sólo

las del responsable de caso. Además cabría también reflexionar respecto a cómo y quién diseña estos protocolos y posibilitar la participación de los profesionales en su elaboración. Es una buena práctica que los protocolos posibiliten la co-responsabilidad antes mencionada, teniendo en cuenta los ámbitos de influencia de cada interviniente así como explicitando los roles de cada profesional que interviene y acompaña en las diferentes fases del proceso.

- **Desarrollo de herramientas para una información compartida.** Se valora como buena práctica el diseño y la puesta en marcha de herramientas telemáticas que favorezcan un flujo adecuado de la información respecto de un caso, al considerar que éstas son vitales para garantizar un ejercicio adecuado tanto de referencialidad como de responsabilidad. Se considera que algunas de las herramientas que ya existen podrían ser válidas sólo con aprobar la ampliación de nuevos perfiles de acceso a las mismas. Además es también necesario superar la fractura existente en los aplicativos, generando un registro unificado que permita conocer si existe o no responsable de caso, así como las intervenciones previas realizadas en el sistema de servicios sociales.
- **Más allá del recurso.** Sin duda los recursos del sistema de servicios sociales son fundamentales para garantizar los derechos sociales de la ciudadanía, pero se entiende que en el ejercicio de la responsabilidad de caso, el recurso es un medio, de manera que cobra relevancia la dimensión relacional poniendo en valor el vínculo que se establece entre el profesional y la persona.
- **Por un marco común de referencia en las intervenciones.** Se otorga importancia a poner en valor las visiones compartidas, así, se manifiesta como buena práctica el que todos los profesionales que participan en un itinerario de intervención compartan la misión y visión de las intervenciones que se llevan a cabo. Haciendo posible perseguir un objetivo final compartido entre los distintos agentes participantes y fortaleciendo un liderazgo del profesional responsable de caso sin que se pierda de vista que el objetivo fundamental es lograr mejorar las situaciones vividas por las personas.
- **Participación de las personas.** El fin último de la referencialidad y de la responsabilidad de caso no es otro que ofrecer a la ciudadanía un servicio de calidad y calidez centrado en sus necesidades y potencialidades y que tenga en cuenta la defensa de sus derechos y obligaciones que garantiza la normativa vigente. En la medida en que la propia Ley 12/2008 de Servicios Sociales explicita en sus principios de actuación la importancia de la participación de la persona usuaria, se recoge como buena práctica el incluir en todo el proceso de intervención espacios en los que se haga efectiva su presencia y participación directa junto con los profesionales, especialmente en aquellos momentos en los que se plantean situaciones de cambio de profesional de referencia, superando de este modo la práctica de la mera derivación y acompañando a la persona en los momentos clave de su proceso. Esto supone garantizar la permanencia de un vínculo con el profesional que va a liderar la intervención para que la persona se sienta acompañada en su proceso desde un vínculo profesional estable y conocido.

## 4. Conclusiones

A modo de cierre de este análisis de las buenas prácticas y de los puntos críticos detectados, se destaca que un tema recurrente planteado en los debates establecidos ha sido la dificultad de diferenciar entre la figura de responsable de caso y la del profesional de referencia. En nuestra opinión y a la luz del debate suscitado consideramos que éstas no tienen por qué ser dos figuras totalmente diferenciadas, ya que el responsable de caso es también lógicamente en muchas ocasiones la figura de referencialidad para la persona usuaria, pues la responsabilidad se construye en el vínculo relacional entre profesional y usuario.

Así entendemos que en términos generales el responsable de caso tiene también un rol referencial y que por tanto cobra sentido que los trabajadores y las trabajadoras sociales de los servicios sociales de base asuman esa centralidad, ya que son quienes, por las posibilidades de su contexto de trabajo, mantienen una conexión y un vínculo en el tiempo con las personas usuarias de los servicios sociales, así como con sus redes de apoyo familiares y sociales. Esto les permite tener una visión integral de la persona y favorece la realización de un diagnóstico y de una propuesta e implementación de procesos de intervención y su seguimiento y evaluación en su comunidad.

No obstante, atendiendo al principio de integralidad, en algunos momentos del proceso, cuando se haga necesaria la intervención especializada, el profesional que tenga una intervención más intensiva debería asumir durante un tiempo la referencialidad del caso, dada la intensidad de la relación con la persona usuaria. El mismo asumiría durante un tiempo esta tarea, así como el compromiso de informar sobre su evolución al profesional responsable de caso del servicio social de base. En esta responsabilidad compartida y para garantizar un buen desarrollo de la intervención, se considera necesario velar porque el ciudadano esté informado al respecto en todo momento.

A nivel estructural cabe destacar que la efectiva puesta en marcha de este modelo de intervención requiere de una serie de condiciones y cambios organizativos que ayuden a su implementación. Entre estos, destacamos la necesaria revisión de la asignación de un determinado número de casos a atender por el profesional responsable, así como promover y legitimar la capacidad de decisión del trabajador o trabajadora social responsable de caso de manera que sus propuestas puedan ser ágiles, flexibles, eficaces y compartidas por el resto de agentes participantes. La implementación de esta metodología supone pues, una clara apuesta por afianzar un sistema de servicios sociales de naturaleza fundamentalmente relacional centrado en las relaciones comunitarias y de proximidad.

## 5. Bibliografía

Aguilar, M.; y Llobet, M. (2011). “Integralidad, acompañamiento, proximidad, incorporación: el papel de los servicios sociales”, en VV.AA., *Guía de recomendaciones y líneas de actuación en inclusión social*. Madrid, Fundación Luis Vives.

Alonso, I.; y Funes, J. (2009). “El acompañamiento social en los recursos socioeducativos”, *Educación Social*, nº42, págs. 28-46.



Arriola, M. J.; y Beloqui, U. (2006). “La persona mayor dependiente y su familia: nuevas formas de relación”, *Acciones e Investigaciones Sociales*, nº extraordinario 1.

Barriga L., (2009). “El sexto sentido en Trabajo Social. Alegoría de la construcción del relato del Trabajo Social” [ponencia], XI Congreso Estatal de Trabajo Social, Zaragoza, 10-12 de mayo.

Colegio Oficial de Trabajadores Sociales de Madrid (2003). *Manual para el trabajo social de acompañamiento en los itinerarios de inserción*. Madrid, Colegio Oficial de Trabajadores Sociales de Madrid .

Duque, J. J. (2012). “Redescubrimiento de los servicios sociales de atención primaria: hacia un (nuevo) modelo de atención personal y comunitaria”, *Zerbitzuan*, nº 52, págs. 23-44.

Intagliata, J. (1982). “Improving the quality of community care for the chronically mentally disabled: The role of case management”, *Schizophrenia Bulletin*, nº 8, págs. 655- 674.

Minahan, A. et al. (1987). *Encyclopedia of Social Work*. Silver Spring, National Association of Social Workers.

National Association of Social Workers (2002). *Standards and Guidelines for Case Management*. <http://www.naswdc.org> [consulta, 26-1-15].

País Vasco (2008): “Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales”, *Boletín Oficial del País Vasco*, 24-12-08, nº 246, págs. 31.840-31.924.  
<http://www.euskadi.net/bopv2/datos/2008/12/0807143a.pdf>.

Perlman, H. H. (1980). *El trabajo social individualizado*. Madrid, Rialp.

Raya, E.; y Caparrós, N. (2014). “Acompañamiento como metodología de trabajo social en tiempos de cólera”, *Cuadernos de Trabajo Social*, vol. 27, nº 1, págs. 81-91.

Rubin, H. (1992). *Community Organizing and Development*. Boston, Allyn & Bacon.

Sarabia, A. (2011). “La gestión de casos como nueva forma de abordaje de la atención a la dependencia funcional”, *Zerbitzuan*, nº 42, págs. 7-17.

Viscarret, J. J. (2007). *Modelos y métodos de intervención en trabajo social*. Madrid, Alianza Editorial.

## FAMILIA, NATALIDAD Y SERVICIOS SOCIALES

**Elena Echeberria**

Dirección de Política Familiar y Comunitaria

Departamento de Empleo y Políticas Sociales

Gobierno Vasco

*Cuando una mujer, en algunas tribus de África, sabe que está embarazada, va al bosque con algunas amigas y juntas oran y meditan hasta que pueden oír la canción del niño concebido.*

*Saben que cada alma tiene sus propias vibraciones y éstas expresan el sabor y la finalidad del nuevo niño. Cuando las mujeres sintonizan la melodía de la canción, la cantan y la cantan. Después, vuelven a la tribu y se la enseñan a todos sus miembros.*

*Cuando el niño nace, la comunidad se reúne y le cantan su canción. Más tarde, cuando el niño comienza su educación, el pueblo se reúne y canta la canción del niño. Cuando pasa los ritos de iniciación a la vida adulta y cuando contrae matrimonio, la persona oye su canción.*

*Finalmente cuando el alma va a dejar este mundo, la familia y el pueblo se reúnen por última vez alrededor de su cama y le cantan su canción.*

*En esta tribu africana hay otra ocasión en la que todos cantan al niño. Si a lo largo de su vida, esta persona comete un crimen o un acto antisocial, el individuo es llamado al centro del pueblo y todos formando un gran círculo le cantan su canción.*

*La tribu reconoce que la corrección por la conducta antisocial no tiene que ser un castigo, sino un acto de amor y el recordatorio de su identidad. Cuando uno reconoce su propia canción, no tiene deseo ni necesidad de hacer nada que perjudique a los otros.*

Cuento africano anónimo

Cuando se me propuso el título ‘Familia, natalidad y servicios sociales’ y empecé a trabajar y reflexionar el documento, me resultó difícil elaborar una reflexión unitaria sobre esos tres conceptos. Por ello, he estructurado el texto en dos apartados –‘Familia y natalidad’ y ‘Familia y servicios sociales’–, que quedan hilados por una propuesta de pacto institucional, a mi juicio, muy necesaria.

### 1. Familia y natalidad

El informe extraordinario de la institución del Ararteko sobre *Políticas de apoyo a las familias en Euskadi: análisis y propuestas*, presentado en el Parlamento Vasco el pasado 30 de noviembre de 2015 realiza un diagnóstico certero sobre la actual situación de las familias en Euskadi y destaca como tendencias:

- El nacimiento de nuevos modelos familiares. La familia, inmersa en una estructura social en transformación, se encuentra en un proceso de continua evolución y cambio. En ese proceso de cambio, son varios los modelos que han surgido frente al modelo más tradicional de núcleo formado por madre y padre con hijos e hijas: las familias monoparentales-monomarentales, pareja sin hijos e hijas, hogares unipersonales, familias homoparentales, familias reconstituidas (también denominadas ensambladas), familias adoptantes o familias de acogida, por citar algunos.
- Y se perciben nuevas formas de relación interna que afectan a todas las familias, constatándose una creciente autonomía de sus miembros y una mayor negociación interna.

Sin embargo, llama la atención un elemento clave en el análisis de la evolución de la institución familiar, y es la pérdida de peso porcentual de los modelos que incluyen hijos e hijas y el descenso de su tamaño específico, ya que el tamaño medio de las familias —tanto en los modelos más tradicionales como en los de surgimiento más reciente— se viene reduciendo de forma constante desde hace más de veinte años, habiéndose llegado a un punto en que en la Comunidad Autónoma de Euskadi existen más personas mayores de 65 años que menores de 20.

Además, según señala el SIIS Centro de Documentación y Estudios en su informe *Pobreza infantil en Euskadi*, elaborado por encargo del Gobierno Vasco en 2013, en un contexto en el que la crisis ha afectado de forma muy diferente sobre los diversos grupos sociales, actuando particularmente sobre los grupos que ya antes eran más vulnerables, las familias con menores a cargo están expuestas a un riesgo creciente de pobreza. Y cabe destacar en relación con la situación vasca el creciente peso de la infancia dentro del conjunto de personas en situación de pobreza.

El diagnóstico realizado en los dos informes señalados detecta dos fenómenos:

1. Las persistentes bajas tasas de natalidad y, sobre todo, la existencia de obstáculos que dificultan que las personas puedan iniciar su proyecto familiar y tener el número de hijos e hijas deseado, objetivo recogido en el artículo 4 letra c de la Ley 13/2008, de 12 de diciembre, de Apoyo a las Familias.

Y para ilustrar este fenómeno señalaremos algunos datos:

- Progresivo descenso de la natalidad: en 2014 nacieron en Euskadi 8,9 niños/as por cada mil habitantes. Este valor es inferior a la media de la UE-28 (10,1), similar al conjunto del Estado (9,1) y se encuentra desde 2008 en ligera tendencia de descenso.
- Bajas tasas de fecundidad: el número medio de hijos o hijas por mujer en edad fértil se sitúa en Euskadi en el 1,34, lejos del 2,1 que se necesita para reemplazo generacional y por debajo de la media europea (1,58).

- En lo que se refiere a la evolución futura de la natalidad en Euskadi cabe señalar que en 2026 se prevé una reducción de casi el 30% en el número de nacimientos.
2. Y el incremento de las dificultades económicas de las familias con hijos e hijas, algunas de cuyas expresiones son el crecimiento de la pobreza infantil y la creciente dificultad para romper la transmisión intergeneracional de las desigualdades:
- El crecimiento de la pobreza infantil: En 2014, en las familias con presencia de menores la tasa de pobreza es del 12,4%, mientras que para el conjunto de la población es del 8,2%. La pobreza infantil, además, ha crecido más que la del conjunto de la población. En general, las tasas de pobreza son más elevadas cuanto menor es la edad de las personas y el peso de los niños/as en la población pobre es cada vez mayor.
  - La creciente dificultad para romper la transmisión intergeneracional de las desigualdades: se detectan menores posibilidades de movilidad social ascendente y de una creciente importancia de la herencia familiar, entendida de una forma global como recursos económicos, educación, cultura o capital relacional.

Con estos datos, puede afirmarse que algunos de los objetivos más importantes señalados en la Ley 13/2008, de 12 de diciembre, de Apoyo a las Familias se encuentran especialmente amenazados: la mejora del bienestar de las familias, la eliminación o reducción de los obstáculos que dificultan que las personas puedan iniciar su proyecto familiar y tener el número de hijos e hijas deseado, o la prevención de la exclusión social de las familias más vulnerables.

El informe del Ararteko señala dos circunstancias que impiden o dificultan que las personas inicien sus proyectos vitales:

- a) La Comunidad Autónoma de Euskadi es una de las regiones europeas en las que las personas jóvenes se emancipan (y, por tanto, crean sus propias familias) con mayor retraso –en Euskadi la edad media de emancipación es 29,9 años–. Las razones son varias: la elevada precariedad laboral, el altísimo coste de la vivienda, tanto en compra como en alquiler, o la escasa movilidad geográfica durante un periodo de estudios de por sí temporalmente extendido.
- b) Un dato interesante a este respecto es el siguiente: en 2012, cerca de 100.000 personas querían constituir un nuevo hogar y no podían hacerlo por razones económicas, de ellos, el 81% eran menores de 35 años y el 50% viviría en la pobreza si se independizara contando sólo con sus ingresos, es la llamada pobreza encubierta.
- c) La extrema dificultad para conciliar la vida familiar, laboral y personal, tanto por factores culturales (en los que las mujeres siguen en mayor medida haciéndose cargo principalmente de las tareas reproductivas y de cuidado familiar), como derivadas de un sistema productivo basado en valores que priman la disponibilidad horaria y el presentismo.

Respecto a la concepción de estrategias que incrementen las tasas de natalidad cabe apuntar que no existe consenso entre los expertos sobre la relación directa entre políticas públicas y aumento de la

natalidad. La mayoría de ellos apuntan que además de medidas de acción política que pudieran influir en mayor o menor medida en la natalidad, existen otros condicionantes sociales que afectan a las tasas de natalidad de cada país, como las perspectivas económicas, la configuración de las relaciones laborales, los patrones de igualdad de género, o los valores sociales y personales. Como señalan Esping-Andersen *et al.* (2003), la baja natalidad no tiene una sola causa y, por lo tanto, no existe una fórmula mágica para resolverla.

Dicho esto, expreso a continuación mi propuesta. Ciertamente, los obstáculos para poner en marcha los proyectos familiares y el incremento de las dificultades económicas de las familias con hijos e hijas son problemáticas diferentes, que sólo en parte responden a las mismas causas y que requieren ser abordadas desde una estrategia de carácter interinstitucional, estable y de largo alcance, **un Pacto de País por la Infancia y las Familias**<sup>9</sup>, adaptando las políticas vascas sobre infancia y familia a la recomendación de la Comisión Europea de 20 de febrero de 2013 *Invertir en la infancia: romper el ciclo de la desventaja*, siendo muy conscientes de que invertir en infancia es, como señala Unicef, justo, rentable, beneficia a todos, y es un elemento fundamental en el cumplimiento de los derechos de los niños y niñas y en la transformación de las sociedades.

Es una estrategia que requiere un liderazgo firme que logre concertar a agentes públicos y privados –distintos departamentos de Gobierno Vasco, Diputaciones Forales, Ayuntamientos, sindicatos, asociaciones empresariales, entidades del tercer sector de acción social– para incluir y afianzar la perspectiva de la familia y la infancia en todo el entramado institucional de la Comunidad Autónoma de Euskadi. Sin duda, nos encontramos ante un objetivo ambicioso pero ineludible dadas las consecuencias que a corto, medio y largo plazo nos aboca su no abordaje.

## 2. Familia y servicios sociales

La propuesta de estrategia realizada debe profundizar en las políticas públicas que promocionan, apoyan y acompañan, de una u otra forma, desde todos los ámbitos, a todas las familias, en su amplia diversidad.

En Euskadi, el III Plan interinstitucional de Apoyo a las Familias de la Comunidad Autónoma del País Vasco (2011-2015), aprobado en el Consejo de Gobierno de fecha 27 de diciembre de 2011, plantea este enfoque que concibe la política familiar como política transversal que pretende influir en el resto de sistemas sectoriales y políticas públicas para tengan en cuenta la dimensión familiar cuando diseñan y definen sus propias medias y acciones; y que, en el ámbito de los Servicios Sociales, ha supuesto un cambio de paradigma extraordinario en el trabajo que realizan con las familias. Las razones de este nuevo enfoque radican en los múltiples cambios sociales acaecidos en las últimas décadas del siglo pasado y la complejidad de la vida social que han supuesto que cada vez más sistemas familiares no puedan realizar de forma autónoma las funciones que tienen socialmente atribuidas y necesiten de promoción, apoyo y acompañamiento.

---

<sup>9</sup> Me sumo así a la propuesta que realiza Natalia Díez-Caballero, directora de la Federación de Asociaciones de Familias Numerosas de Euskadi-Hirukide, en su documento “Las familias con hijos e hijas, claves para el desarrollo y sostenimiento de nuestra sociedad”, publicado en el IV Informe del Consejo Vasco de Servicios Sociales.

Ésta es una situación relativamente nueva: a mediados del siglo pasado las instituciones públicas realizaban la intervención con las familias partiendo de un modelo liberal, en el que la familia era considerada un ámbito íntimo y privado que debía resolver sus problemas sin airearlos demasiado y el Estado intervenía como protector sólo en situaciones de grave desprotección familiar. Desde ese modelo liberal de intervención debemos evolucionar a un modelo de derecho subjetivo donde la Administración asume como objetivos no sólo el apoyo a través de ayudas y servicios, sino la promoción, complementación y acompañamiento a las familias en todo el ciclo de su vida a través de acciones educativas y de prevención primaria, no dirigidas exclusivamente a poblaciones de riesgo. Todo ello pretendiendo dotar a las diversas formas de familias de las herramientas necesarias para que sigan cumpliendo sus funciones, sintiéndose seguras en su desempeño y apoyadas por la sociedad de la que forman parte.

En el año 2006, el Comité de Ministros del Consejo de Europa emite la Recomendación 19, dirigida a los Estados miembros sobre políticas de apoyo al ejercicio positivo de la parentalidad, entre cuyos objetivos, cita que “los Estados miembros deben crear las condiciones necesarias para el fomento del ejercicio positivo de la parentalidad, garantizando que todas aquellas personas que hayan de educar niños tengan acceso a los recursos adecuados (materiales psicológicos, sociales y culturales) y que las actitudes y patrones sociales más extendidos se adapten a las necesidades de familias con hijos y a las necesidades de padres y madres” (pág. 3.)

La puesta en marcha de políticas de parentalidad positiva adquiere su sentido, en primer lugar, debido a la evidencia empírica que muestra la significativa influencia que el contexto familiar tiene en el desarrollo psicológico de los niños y niñas, así se señala en un informe realizado por el equipo Haezi/Etxadi para el Gobierno Vasco (Gobierno Vasco, 2012).

En este sentido, puede afirmarse que las políticas de parentalidad positiva son una inversión social; valga un claro ejemplo: el coste para la comunidad de un niño/a de 10 años con un problema de salud mental es hasta diez veces mayor que el coste que genera un niño/a sano debido a los costes paralelos que los problemas de salud mental generan en asistencia especializada y en los sistemas judicial y escolar. En la medida en que los problemas de salud mental están claramente asociados a una crianza disfuncional en contextos familiares inadecuados, se hace evidente la necesidad de políticas preventivas de parentalidad positiva. En el año 2010, 9.500 menores fueron atendidos en servicios de salud mental de los tres territorios de la Comunidad Autónoma del País Vasco.

La implementación de programas de parentalidad positiva con fundamentos científicos es considerada una práctica de salud pública. Así, el Proyecto de Ley sobre Adiciones recientemente tramitando en el Parlamento Vasco reconoce que la familia “como elemento fundamental en la educación y formación de los hijos e hijas y, concretamente, para la transmisión de estrategias, valores, habilidades y competencias, es pilar básico de la prevención de las adicciones, y de los factores de riesgo precursores de las anteriores, los consumos problemáticos de sustancias y las conductas excesivas susceptibles de generar adicciones comportamentales”, y en su artículo 15.5 establece que “todas las actuaciones preventivas adoptadas en el ámbito familiar se inspirarán en el principio de parentalidad positiva, en aras al interés superior del hijo o hija, fundamentado en el refuerzo activo de sus capacidades, el entorno estructurado, su reconocimiento, la no violencia y la orientación de su comportamiento para posibilitar su pleno desarrollo”.

Como he indicado más arriba, esta nueva conciencia sobre las capacidades y necesidades tanto de niñas y niños como de sus padres y madres hace que nos encontremos ante un **cambio de paradigma en el modelo de intervención social con familias**. Este nuevo modelo se caracteriza porque:

- Requiere la construcción de un perfil más amplio que lo que hasta ahora había sido el usuario tradicional de los servicios sociales. Tradicionalmente, el perfil comprendía casi exclusivamente a aquellas familias aquejadas de múltiples problemas o problemas ya cronificados, con necesidades de muy variado tipo y que pertenecían a sectores de marginación y exclusión social. Sin embargo, ya a finales del siglo XX empezaron a ser muy frecuentes en los servicios sociales familias que no se relacionaban necesariamente con carencias socioeconómicas o con situaciones de desventaja social pero que veían amenazadas en menor o mayor medida la estabilidad familiar y la protección y el bienestar de los y las menores. Se tenía la intuición de que en gran parte de esas situaciones se podían lograr resultados muy positivos si se planteaban acciones preventivas y de promoción de sus competencias, al mismo tiempo que se ampliaban y enriquecían la red de apoyos de la familia.
- Trata de desarrollar medidas que fortalezcan a las familias, partiendo de la certeza de que todas ellas, aún las más problemáticas, poseen capacidades que pueden promoverse para mejorar la calidad de las vidas de las personas que las componen. Desde este enfoque ‘positivista’, se reduce la tentación de ‘culpar’ a los padres de la situación de los menores y se descubren los medios que han utilizado éstos para sobrevivir en otras circunstancias muy hostiles. Además, se evita también el partir de ‘modelos ideales’ de familia, muchas veces basados en las propias experiencias personales de los/las técnicos/as, por el contrario, se parte de modelos de familias resilientes que han salido adelante en circunstancias adversas parecidas.
- El proceso de descubrir las potencialidades de la familia requiere una exploración en colaboración con la propia familia en el que ella misma valore su situación, sus necesidades y la planificación de la intervención y de los recursos a utilizar para su mejora, en lugar de un diagnóstico llevado a cabo únicamente desde el punto de vista del experto/a. En dicha exploración se deben detectar, además de los factores de riesgo, aquellos factores de protección y de resiliencia de los padres y la familia que les puedan permitir funcionar incluso en las situaciones de mayor adversidad. Se trata de comprender ese sistema familiar en su conjunto, entendiendo cómo se gestan los problemas y las dificultades de funcionamiento de la familia para proporcionarle los recursos y apoyos que potencien sus capacidades.
- No estigmatiza ni excluye a las familias que lo reciban. Es preciso que las personas usuarias del servicio se sientan reconocidas en sus capacidades y fortalezas por los/las profesionales que los atienden, por ello es preciso cuidar la forma de trato y de comunicación que se sigue con ellos y ellas, buscando pautas de colaboración y de participación en las que se tengan en cuenta sus opiniones y su bagaje experiencial como familias. En este nuevo paradigma de intervención los/las profesionales que trabajan con familias deben evitar la calificación de ‘familias desestructuradas’, para evolucionar hacia el concepto de ‘familias en búsqueda de

equilibrio', denominación mucho más amable y en la que en un momento vital determinado nos podemos encontrar todas las familias.

- Diversifica las modalidades de atención a las familias en función de las necesidades de éstas. Así, por ejemplo, además de las actuaciones intensivas y relativamente breves en el tiempo, dispensadas en entrevistas o visitas domiciliarias en situaciones de crisis familiar y de alto riesgo psicosocial, habría que tener en cuenta otras actuaciones de menor intensidad, de media o larga duración y dispensadas a través de actuaciones grupales con los padres o con los menores en centros comunitarios para situaciones que no entrañen gravedad.
- Desarrolla y potencia las comunidades para que puedan apoyar a las familias. Es necesario reforzar el tejido social, integrando sólidamente a las familias en estructuras comunitarias y apelando a éstas para paliar los déficits y disfuncionalidades que puedan aparecer en las familias. Se parte de la premisa de criar y educar es una responsabilidad colectiva en la que deben involucrarse no sólo las familias y los agentes educativos sino toda la comunidad.
- En la exploración de las capacidades y necesidades de las familias se debe analizar con qué recursos o apoyos comunitarios (servicios sociales comunitarios, sanidad, educación, justicia, empleo y vivienda, deporte, ocio, atención a los mayores, asociaciones sin ánimo de lucro, redes sociales o vecinales) cuenta la familias para funcionar adecuadamente o qué obstáculos habría que vencer para favorecer su uso. El objetivo es conseguir una atención integrada y eficaz que optimice los resultados de los diversos servicios y redes sociales.

Este nuevo enfoque de intervención social con las familias que se desarrolla desde la parentalidad positiva tiene como objetivos incrementar las habilidades y capacidades de las personas y de las familias para que puedan satisfacer sus necesidades, resolver sus situaciones problemáticas y movilizar los recursos personales y sociales necesarios para poder mejorar el control de sus propias vidas. En definitiva, este nuevo modelo supone trabajar en prevención y promoción, supone disminuir el sufrimiento de las personas que forman parte de esas familias, supone aumentar su salud física y emocional, supone trabajar desde el respeto y la esperanza. Supone, como en el cuento africano que ha introducido esta reflexión, que la tribu canta a esa familia su canción para que se reconozca en ella y dé lo mejor de sí misma.

### 3. Bibliografía

Ararteko (2014). *Políticas de apoyo a las familias en Euskadi. Análisis y propuestas / Familiei laguntzeko politikak Euskadin: azterketa eta proposamenak*, Vitoria-Gasteiz, Ararteko.

Díez-Caballero, N. (2015). "Las familias con hijos e hijas, claves para el desarrollo y sostenimiento de nuestra sociedad", en SIIS Centro de documentación y Estudios, *IV Informe del Consejo Vasco de Servicios Sociales*, Consejo Vasco de Servicios Sociales.

Etxadi (2012). Estudio de campo de los programas y actividades de parentalidad positiva existentes en la Comunidad Autónoma del País Vasco / Euskal Autonomia Erkidegoko gurasotasun programen eta jardueren landa-lana. Vitoria-Gasteiz, Ikuspegi@k-Observatorios de Asuntos Sociales.



Eusko Jaurlaritz-Gobierno Vasco (2011). *III Plan Interinstitucional de Apoyo a las Familias en la Comunidad Autónoma Vasca 2011-2015 / Euskal Autonomia Erkidegoan familiei laguntzeko erakunde arteko III. Plana 2011-2015*. Eusko Jaurlaritz-Gobierno Vasco.

Fantova, F. (2014). *Diseño de políticas sociales. Fundamentos estructura y propuestas*. Madrid, Editorial CSS.

Rodrigo López, M. J. et al. (2010). *Parentalidad positiva y políticas locales de apoyo a las familias*. Madrid, Federación Española de Municipios y Provincias.

SIIS Centro de documentación y Estudios (2013). *Pobreza infantil en Euskadi*. Vitoria-Gasteiz, Eusko Jaurlaritz-Gobierno Vasco.

## INTERVENCIÓN SOCIOEDUCATIVA DESDE LOS SERVICIOS SOCIALES DE ATENCIÓN PRIMARIA. CÓMO, CON QUIÉN Y PARA QUÉ

**Jesús Otaño Maiza**

*Educador Social. Asesor técnico del Consorcio para la Educación Compensatoria de Gipuzkoa (EJ-GFA)*

### 1. Introducción

Ha pasado mucho tiempo desde la aprobación de la Ley 12/2008, de Servicios Sociales de la CAPV, que identifica el Servicio de Intervención Socioeducativa y Psicosocial desde la Atención Primaria en el epígrafe 1.3 de la Cartera de Servicios y Prestaciones; y mucho más desde su proceso de elaboración, que atravesó un complejo período de aportaciones muy diversas, que durante largo tiempo ilusionó a gran parte del colectivo de los profesionales de los servicios sociales.

La experiencia en asesoramiento en distintos municipios para el desarrollo de servicios socioeducativos nos ha permitido recoger ideas que, percibidas desde la preocupación, la insatisfacción o, en muchos casos, de la urgente necesidad de cambio y de revisión, nos ayudan a proponer algunas reflexiones y consideraciones que van a ser el objeto del presente capítulo, y que no pretenden ser más que una contribución al desarrollo del servicio contemplado en el epígrafe señalado.

Siendo conscientes de que el impacto de la crisis económica, los ritmos descompasados de decisión política y el paso del tiempo han hecho importante mella en la evolución e implementación de los servicios que marca la Ley, atravesamos por un período de cierto escepticismo, en el que no se ha profundizado en su desarrollo, tal y como hubiera sido deseable. Sería bueno recuperar aquel entusiasmo e ilusión, renovar el compromiso, y entender la implementación de la Ley en clave de oportunidad. En relación al servicio que nos ocupa, en concreto, sería conveniente favorecer:

- Un alcance mayor y más ajustado de la respuesta a las necesidades de la ciudadanía.
- La implementación de respuestas centradas en las personas y sus procesos, esto es, unificadas, continuas y sin intermitencias ni fragmentación.
- La incorporación de nuevas modalidades de respuesta derivadas de la mejora y diversificación de los actuales programas y de la aplicación de respuestas de naturaleza socioeducativa a nuevos destinatarios y colectivos.
- El avance en la calidad técnica y profesional de los servicios socioeducativos (y psicosociales) en su fundamentación, modelos relacionales y metodologías de aplicación.
- La conformación de un modelo consensuado de servicio de carácter municipal, en su enfoque y su orientación, si bien adaptado a la realidad, las necesidades y las posibilidades de cada territorio.
- La dotación de recursos suficientes para el desarrollo del servicio de calidad, recursos humanos, de índole profesional y técnica, y materiales para su ejecución.

Para ello, dedicaremos una primera reflexión a la fundamentación del servicio, tanto en el plano normativo como en el de sus finalidades. En una segunda, planteamos aportaciones en pro de una mayor diversificación de la respuesta, en cuanto a modalidades, incorporación de nuevos destinatarios, y definición de modelos y metodologías de intervención; y, también, relacionadas con el modelo, lo comunitario y la necesaria coparticipación de otros en el desarrollo de intervenciones mejor orientadas. Por último, propondremos una serie de consideraciones sobre la ubicación funcional del servicio y sus profesionales, educadores y educadoras sociales como referentes del servicio y otros (psicólogos/as) con responsabilidad en las intervenciones en su área específica de acción.

## 2. El reconocimiento a la trayectoria de servicios y programas socioeducativos en el tiempo

La universalización de los Servicios Sociales, como ya se ha dicho, a partir de la exigencia de conformación de un Servicio de Intervención Socioeducativa y Psicosocial en todos los municipios o, en su caso, agrupaciones de éstos, permite, de una parte, superar el desequilibrio territorial de alcance de la oferta de servicios y prestaciones en la CAPV y, de otra, una nueva concepción de los distintos programas que ya perviven en el tiempo, ahora en clave de servicio. La mayor parte de los municipios de la CAPV ya desarrollan servicios o programas de intervención socioeducativa y/o psicosocial a través de diferentes modelos (programas de educación de calle, programas de intervención familiar, educadores/as de menores, educadores de familia...) desde hace mucho tiempo, por lo que conviene partir del reconocimiento a las trayectorias de dichos programas en los servicios sociales de atención primaria que, en muchas ocasiones:

- a) Han contribuido a la diversificación de aquéllos, a partir de la implementación de mecanismos de observación proactiva y de detección de situaciones de dificultad.
- b) Así mismo, han alcanzado un considerable conocimiento de la realidad social del municipio, y desarrollan trabajo comunitario, creando redes de carácter comunitario entre personas y agentes y generando iniciativas de dinamización comunitaria estables de carácter interdisciplinar.
- c) Igualmente, se han desarrollado sistemas de coordinación de carácter continuo y de colaboración conjunta con el resto de servicios y recursos que operan en el municipio, favoreciendo la corresponsabilidad y la participación de las personas usuarias en las propuestas de los servicios y los recursos de ámbito general, y en las diferentes áreas de competencia municipal y de otros niveles administrativos.
- d) Por su parte, han ido conformando equipos de trabajo en las estructuras orgánicas de los departamentos de servicios sociales con dinámicas de coordinación interna operativas para la detección, identificación de situaciones de dificultad, diagnóstico de necesidades y respuesta a las mismas.

Desde esta premisa, poner en marcha un servicio unificado desde su actual denominación, como respuesta global e integrada, más diversificado y con mayor conexión entre sus diferentes modalida-

des debe entenderse como una evolución de las intervenciones desarrolladas hasta la actualidad y, en defensa del cuidado a una atención personalizada, ha de tener en cuenta dos aspectos sustanciales:

- Debe establecer una transición pausada de las experiencias de intervención actuales.
- Debe garantizar la continuidad de los procesos iniciados y en desarrollo por parte de los profesionales.

### **3. La fundamentación del Servicio de intervención socioeducativa y psicosocial en atención a la norma legal**

La universalización de los servicios sociales establecida en el texto legal implica que éstos sean entendidos como derecho subjetivo de la ciudadanía. Igualmente, su materialización conlleva la conformación de un sistema de servicios sociales equiparables con los de salud y educación en el País Vasco, así como la superación de las diferencias territoriales existentes y una serie de garantías de respuesta centradas en las personas, desde la diferencia, promoviendo medidas de acción positiva basadas en la igualdad de oportunidades.

Como referencia para delimitar las características del propio servicio, las finalidades expresadas en la Ley, y sus principios, orientan a la fundamentación de las intervenciones en la atención directa e indirecta propiamente dichas. De entre ellas, y por su especial contenido, destacamos las siguientes:

- Se apuntan nuevas claves de comprensión del bienestar social (los servicios sociales y el resto de sistemas de atención).
- La integración y la autonomía como finalidad, considerando a las personas a partir de sus procesos de socialización y de los contextos en los que se desarrolla su vida.
- El punto de vista promotor añadido a la prevención y a la protección, que conduce a una observación menos fragmentada y superadora de etiquetas.
- El necesario diagnóstico específico de cada situación, cada persona, cada familia, cada grupo.
- El acompañamiento social que conlleva trabajo relacional como estrategia y método de trabajo básico y fundamental.
- El enfoque comunitario de la intervención social, no circunscrito a la observación limitada de municipalidad, sino con un concepto de lo comunitario lleno de contenido y definido a través de elementos concretos, la cercanía, la proximidad, la adaptación de los recursos y servicios, la continuidad de la atención y la persona de referencia.

Igualmente, de modo más específico, en el modelo de intervención general expresado en la norma, ya se mencionan elementos en estrecha relación con la cultura de lo socioeducativo:

- a) La adaptación de los recursos y de la intervención: tiene en cuenta las características de la comunidad y la participación de las personas y entidades en la identificación de las necesidades.
- b) La atención a las personas en su entorno habitual: preferentemente en su domicilio o, en su defecto, en alternativas idóneas en su tamaño, proximidad e integración en el entorno.
- c) La intervención diseñada adecuada a cada caso: en un plan de atención personalizada que responde a las necesidades evaluadas y permite itinerarios de atención coherentes y continuos, con la participación de la persona usuaria.
- d) El profesional de referencia, que garantiza la coherencia y exige la coordinación entre agentes.
- e) La interdisciplinariedad, que garantiza, a su vez, la atención integral e integrada.
- f) El enfoque preventivo, a través de prestaciones, servicios, programas o actividades.

Por último, cabe señalar que, por primera vez, en el marco general legislativo sobre servicios sociales se alude, de modo explícito, a lo socioeducativo desde los elementos clave que conforman su modelo de intervención, incluyendo a los y las educadoras sociales como profesionales de los servicios sociales para su desarrollo.

#### 4. La fundamentación en la finalidad del servicio, la adaptación de la respuesta a las necesidades de las personas usuarias

Seguimos argumentando las razones del servicio, y, en clave de oportunidad, cabe repensar hasta qué punto las intervenciones desarrolladas están siendo todo lo adecuadas y eficaces que debieran. Tomando a las personas que habitan en el territorio como centro de la atención, parece saludable revisar si podemos afirmar que la finalidad de nuestras actuaciones es la respuesta a sus necesidades, o bien, con el tiempo, se ha ido perdiendo en cierta rigidez administrativa, que, dicho de otro modo, acaba respondiendo más a las necesidades del servicio que a las de las personas a las que va dirigido. Para apoyar esta revisión, proponemos delimitar las finalidades del servicio que, de manera progresiva, contribuyen a definir un determinado modelo:

- La respuesta ajustada a las necesidades de las personas con las que se interviene, es decir, la superación de las dificultades, desde la intervención diseñada y planificada, formula objetivos que exigen marcos, actuaciones y acciones precisas, que se materializan en el plan de intervención.
- La adaptación de las personas al contexto social, cultural y de convivencia, en un proceso pausado y continuado, que responda a la situación de partida y a los momentos y ritmos propios de las personas.

- La participación real y activa de las personas para el ejercicio de la ciudadanía, que implica sentimiento de pertenencia de las personas, en clave de inclusión y de participación (protagonismo).
- La adaptación de los recursos y los servicios a toda la población, desde lógicas transversales de respuesta y en clave de corresponsabilidad.
- Las transformaciones de carácter comunitario: el municipio o el territorio entendidos como comunidad, su avance y desarrollo como contexto referente, saludable para las personas y favorecedor de su desarrollo.
- La transformación del modelo social, educativo y de convivencia, derivado del análisis desde la cuestión social, con perspectiva de equidad, en clave de justicia social e igualdad de oportunidades.

Esta propuesta de finalidades está orientada en una concepción más posibilitadora y en una forma de mirar la atención social y educativa directamente relacionada con la justicia social, la inclusión y la transformación, definiendo las necesidades en conexión con elevados planteamientos entendidos como grandes principios de derecho, de justicia, de inclusión, de competencia, de cambio, de autonomía. Poniendo a la persona sujeto de la intervención como centro de ésta, la respuesta a las necesidades requiere establecer diagnósticos rigurosos que establecen mecanismos que diferencian claramente, los síntomas (manifestaciones, comportamientos y actitudes), las dificultades (derivadas de la inadecuada adaptación a los diferentes contextos de desarrollo en el que viven) y las necesidades (de carácter socioeducativo y/o psicosocial), planos que, demasiadas veces, se han entremezclado y han llevado a diagnósticos fallidos, que han dificultado el ajuste de la intervención propiamente dicha.

Poner en marcha un modelo de análisis proyectivo de este enfoque necesita de tiempos para la aplicación de técnicas que permitan, desde el estrecho conocimiento de las personas, un diagnóstico lo más ajustado posible, que, a su vez, pueda garantizar una intervención ajustada y mejor orientada. En este sentido, tomamos en consideración la elaboración de diagnósticos de necesidades atendiendo a las fases siguientes:

- a) Fase de observación (primera): exige la interacción entre las personas usuarias y los/as profesionales, favoreciendo el cercano conocimiento y la observación desde la implicación, el diálogo y el encuentro personal. Para ello, necesita formatos de atención y marcos de referencia que posibiliten relaciones más normalizadas y menos burocratizadas (medio abierto).
- b) Fase de identificación de dificultades (segunda): implica una mirada objetiva, a partir de indicadores que identifican elementos de dificultad que, de nuevo, a través de técnicas básicas relacionales, favorecen las verbalizaciones de los propios sujetos.
- c) Fase de valoración de la situación personal y de la adaptación de las personas al entorno (tercera): valora el grado de adaptación de las personas a los diferentes contextos en los que se desarrolla su vida (fundamentalmente, el familiar, el sociorrelacional, el escolar-

ocupacional y el del tiempo libre) y permite interpretar el nivel de riesgo de exclusión, el grado de vulnerabilidad, la desafección o la desvinculación de las personas con el entorno.

- d) Fase de definición de necesidades (cuarta): establece un planteamiento integral, en tres grandes grupos de necesidades a las que responder:
- Necesidades de construcción personal (dimensión personal).
  - Necesidades de desarrollo social/socialización (dimensión social).
  - Necesidades de carácter organizativo (dimensión cultural).

## 5. Los modelos de intervención: metodologías definidas, intervenciones más diversificadas e incorporación de nuevos destinatarios

Lo planteado hasta aquí ha pretendido establecer las bases de la fundamentación del servicio; ahora, con el objeto de contribuir a la definición de un modelo de servicio que establezca los mínimos básicos acordes al fundamento normativo, sus principios y la respuesta a las necesidades de las personas, proponemos algunas consideraciones relacionadas con la atención directa a las personas.

La intervención socioeducativa, tal y como viene delimitada en el Decreto 185/2015 de Cartera y el marco legal general, adquiere carácter troncal en el servicio. Para acercarnos a su definición, podemos decir que es una intervención:

- social y educativa,
- que genera procesos (educativos) de cambio que promueven el desarrollo personal, social y de la comunidad en general;
- que utiliza herramientas técnicas personales, fundamentalmente relacionales,
- con la intención de la mejora de las condiciones de vida (necesidades educativas y bienestar psicosocial) de las personas, colectivos y la comunidad;
- y que presta especial atención a situaciones de mayor dificultad y desventaja social.

La mayor parte de las necesidades que son responsabilidad de los servicios sociales de atención primaria se han apuntado líneas más arriba, y son tarea de los y las educadoras sociales y de su área de acción socioeducativa, tal y como se expresa, igualmente, tanto en la legislación general, comentada anteriormente como en la referida a la atención y la protección infantil, que recomendándose respuestas preferentemente educativas. No obstante, en ocasiones, puede activarse algún tipo de respuesta de naturaleza psicológica (terapéutica) como refuerzo y de modo complementario a las intervenciones socioeducativas, o ante dificultades o necesidades derivadas de factores concretos, siempre que no sustituya aquellas intervenciones terapéuticas de carácter psicológico o psiquiátrico que son responsabilidad del sistema sanitario.

Para su práctica, la intervención requiere generar marcos específicos ajustados que posibiliten la respuesta más adecuada. Ello exige un enfoque a partir de los tres elementos que, desde nuestro

punto de vista, son clave, que sea una intervención relacional, de carácter procesual y con una intencionalidad definida:

- **Relacional.** La interacción entre dos personas, una, profesional de la intervención, y otra, sujeto de ésta, construye relaciones de ayuda en las que la primera es herramienta fundamental para acompañar a la otra en su proceso. Se trata de establecer relaciones personalizadas, basadas en la horizontalidad y en el cercano conocimiento; en ellas, la persona profesional reconoce al otro como alguien “único”, que tiene sus propias vivencias, deseos, miedos, sentimientos, motivaciones y que percibe el entorno de determinada manera, manifestando comportamientos muchas veces resultado de esa percepción. La implicación y el compromiso con el otro y las habilidades técnicas hacen posible desarrollar actuaciones eficaces a partir de conformar referencias positivas y de confianza que permitan alcanzar la vinculación necesaria hasta el grado de ascendencia que permite pautar y orientar a las personas en sus opciones para la mejora de su situación.
- **Procesual.** Lo socioeducativo requiere de la construcción de procesos de intervención (socioeducativos), entendidos en un doble sentido: por un lado, exigen el tiempo de dedicación necesario y suficiente, que la organización del servicio debe favorecer y sus profesionales ejercitar; y, por otro, se materializan en proyectos, en planes de intervención sometidos a la implementación progresiva en fases de contenidos y actuaciones.
- **Intencional.** La construcción de relaciones y la puesta en marcha de procesos tienen una clara intencionalidad dirigida a la rigurosa respuesta a las necesidades de las personas usuarias, a partir, como se ha dicho, de la adquisición de recursos personales que posibiliten cambios de carácter individual, social en las personas y, así su vez, transformaciones en la comunidad donde desarrolla su vida.

Esos marcos van a referirse a formatos y espacios con dedicación de tiempos, ejecución de actuaciones, etc., y los proponemos agrupados en tres, a los cuales se añade un cuarto con ciertas peculiaridades:

- Marcos de intervención familiar, desarrollados en sesiones familiares (sobre todo, en el domicilio) con todos y cada uno de los miembros de ésta.
- Marcos de intervención grupal, concebidos como posibilitadores, incluyentes y adaptados a todas las personas.
- Marcos de intervención individual, como complemento de las propuestas grupales y familiares, también, en atención al seguimiento y revisión de procesos, el acompañamiento personal y para garantizar la intimidad en los momentos en lo que se requiera.
- Y un cuarto grupo con ciertas peculiaridades, marcos de intervención en medio abierto, que hacen de dicho medio un espacio natural de convivencia y encuentro, haciendo comunes espacios inicialmente “de otros”, a la vez que facilitan la visibilidad de la labor de intervención, la detección de situaciones de dificultad, y el acercamiento natural a las personas,



permitiendo el análisis continuado del territorio y el exhaustivo conocimiento de la comunidad y de su dinámica.

En estos marcos es donde habrían de implementarse las diferentes modalidades que apuntamos como propuesta más abajo y que cada uno de los municipios entenderá como exigencia para satisfacer la respuesta a las necesidades de las personas del territorio. En este punto, es importante señalar que, hasta el momento, la intervención socioeducativa y la psicosocial se han desarrollado, casi siempre, en relación a los niños, niñas, adolescentes en situación de dificultad y sus familias, a la vez que ha sido, mayormente, el modelo de respuesta a las situaciones valoradas como de riesgo leve y moderado de competencia municipal. Un serio análisis de la realidad del territorio y el resto de acciones propias de los servicios sociales lleva a la detección de personas y colectivos con evidentes necesidades socioeducativas de adquisición de recursos personales y sociales, así como de acompañamiento, que quedan fuera de los formatos limitados que disponemos, lo que conlleva, a menudo, cierta desatención y frustración en los profesionales, al no satisfacer la misión de su encargo.

Nos estamos refiriendo, fundamentalmente, a personas adultas en dificultad o, directamente, en riesgo de exclusión, muchas veces, aisladas, desvinculadas, o con dificultades de muy diversa naturaleza y necesidades de claro abordaje desde lo socioeducativo. Aprovechar la oportunidad de la reciente aprobación del Decreto 185/2015 también es diversificar el alcance de las modalidades en vigor, dotarlas de mayor flexibilidad o diseñar y desarrollar nuevas modalidades de respuesta que incorporen esos destinatarios no atendidos.

Como acercamiento a la definición de modelo, proponemos aquí una serie de modalidades, clasificadas en tres grandes grupos, que, como respuesta a los tradicionales destinatarios de los programas hasta ahora, incluyen, también, las posibles respuestas a la incorporación de estos colectivos no atendidos desde lo socioeducativo hasta el momento:

- De una parte, las modalidades de carácter general, es decir, que responden a situaciones de dificultad multifactorial: intervención socioeducativa familiar, en medio abierto y para la motivación escolar.
- Por otra parte, aquellas modalidades que pretenden dar respuesta a personas y colectivos con una dificultad objetiva más concreta: intervención socioeducativa para el tránsito a la vida activa, intervención socioeducativa ante el absentismo escolar, grupos de apoyo a colectivos (adultos/as con dificultades o en exclusión), e intervención psicológica individual o familiar.
- Y un último grupo que centra su atención en la comunidad en general: intervención comunitaria.

## 6. La dimensión del enfoque comunitario del servicio y el desarrollo comunitario

En los últimos tiempos, es evidente que la dimensión comunitaria ha quedado relegada a un plano poco relevante en las tareas desarrolladas por los servicios sociales. De nuevo, la oportunidad ayuda

a su recuperación, ya que el enfoque comunitario en el modelo de atención adquiere especial importancia en el marco legal y es sustantivo en la esencia del modelo que aquí se presenta.

En un intento de definición que incluye los elementos sustanciales, podemos decir que la comunidad es el territorio y todas las personas que habitan en él, pero también las agrupaciones y recursos que, desde la iniciativa social, operan en él, los servicios propios de las administraciones públicas con responsabilidad y, sobre todo, las redes y relaciones que se generan entre ellas (personas, agrupaciones, recursos, servicios...). Por otra parte, la intervención socioeducativa y psicosocial, tanto en la concreción de sus marcos como por su naturaleza, ha de ser comunitaria, afirmación que viene anclada en cuatro grandes razones que atienden a una base antropológica, a lo social y lo cultural como marco; a lo socioeducativo como disciplina, en sí mismo; y a la legislación, como norma.

La cultura comunitaria como perspectiva permite observar que el modelo social, económico y cultural, y su funcionamiento, es, en gran parte, el origen de muchas de las desigualdades y desajustes sociales en general, y, por ello, de las situaciones de exclusión. En este sentido, lo comunitario, a partir de la promoción de cambios de índole social orientados a la transformación del marco de convivencia, y en clave de inclusión y de pertenencia, posibilita la compensación de estas desigualdades desde la asunción de las responsabilidades sobre la comunidad y su desarrollo por parte de las administraciones públicas, en primer lugar; los recursos de la comunidad desde su misión transformadora, después; y, por último, el compromiso ciudadano y la ciudadanía en general.

Con todo, de lo que se trata es de buscar modos y maneras de implementar una metodología comunitaria, desde esta perspectiva, que favorezca el desarrollo de las comunidades atendiendo a dos niveles, uno que pretende sensibilizar a la comunidad y a sus agentes, sobre la diversidad de la realidad social del territorio y compartir la responsabilidad en la respuesta, y el otro, centrado en las personas, que trata de mediar y acompañar a éstas para la participación y el protagonismo en la dinámica de la propia comunidad y de su oferta; todo ello a partir de actuaciones de carácter comunitario que van a venir garantizadas por los siguientes elementos transversales:

- La participación en la vida cotidiana de la comunidad, presencia de los profesionales del servicio en los territorios, la disponibilidad, la convivencia con la ciudadanía, la incorporación en su dinámica.
- El conocimiento del entorno en el que se desarrollan las intervenciones (en el que viven las personas que participan en el servicio).
- La corresponsabilidad, desde la implicación de diferentes profesionales, recursos y servicios.
- El fomento de la ciudadanía activa, que promueve la cultura participativa, el protagonismo de las personas en sus procesos, el respeto a la diversidad, y tiene el diálogo y la relación como instrumentos esenciales.

Desde este planteamiento, la contribución al desarrollo comunitario por parte del servicio y de sus profesionales atiende a una serie de actuaciones que, agrupadas, permiten un proceso en fases complementarias que exponemos a continuación:

- a) Relacionadas con la territorialidad: conocer lo que pasa en el territorio desde la presencia en él mismo, introduciéndose en su realidad y contribuyendo, desde la práctica, a su organización y generación de dinámicas de participación.
- b) Relacionadas con la participación: posibilitar la adquisición de protagonismo y significación dentro de la comunidad, entendida como destinataria de la acción, asumiendo un papel proactivo en procesos y fases que van desde la pertenencia (presencia en los espacios en donde se desarrollan iniciativas), pasando por la participación (aportación desde la sensibilización y la dinamización) hasta la dinamización de redes (su promoción, construcción y estabilidad).
- c) Relacionadas con el trabajo en red: una red, en sí misma, no garantiza necesariamente el trabajo comunitario, si bien entendemos la red como “la unión formal de varias personas y agentes responsables de recursos y servicios, el nivel de relaciones que se genera en esta unión, su proceso en relación a los contenidos que se trabajan y los proyectos e iniciativas que derivan de estos mismos procesos como tarea troncal del servicio, desde su naturaleza, su sentido y su finalidad”.

## 7. La necesaria coordinación con otros recursos y servicios en clave corresponsable

Retomando, según el modelo propuesto, la intención última de la intervención, la respuesta a las necesidades de las personas sujeto de la intervención, y recordando que se ha de posibilitar en un doble sentido, por un lado, la adaptación de las personas a los diferentes contextos en los que desarrolla su vida, y, por otro, la adaptación (adaptabilidad) de los contextos y sus respuestas a las diversas situaciones de cada una de las personas, cobra especial relevancia dedicar un espacio aquí al trabajo compartido y corresponsable con el resto de recursos y servicios del territorio, relacionado con tres tareas fundamentales en la tarea de los servicios sociales:

- A la hora de la detección, el trabajo compartido a través de sistemas de coordinación establecidos, con lenguajes identificados y orientaciones comunes, es, muchas veces, más eficaz que la mera la implementación de protocolos de derivación.
- Para el desarrollo de los planes de intervención, la coordinación permite la orientación común, las tareas complementarias y el contraste constante.
- En el desarrollo del espacio comunitario, los marcos de coordinación hacen posible la conformación de redes.

Estamos hablando de un modo determinado de establecer las relaciones coordinadas, entendidas como parte necesaria de la intervención, individualizada y centrada en la persona, lo cual supone el encuentro de dos o más profesionales o agentes, concretados como interlocutores por parte de cada recurso o servicio, con contenidos orientados a la respuesta a las necesidades de las personas, y que adquiere carácter estable y continuo.

Como a lo largo de todo este capítulo, a modo de contribución, apuntamos algunos aspectos que van a favorecer mayor eficacia de la coordinación:

- a) Por una parte, conviene clarificar la coordinación interna dentro de los Servicios Sociales, es decir, partir de una organización ajustada y delimitada en su finalidad y en las funciones de los/as profesionales.
- b) Igualmente, debe asumirse el carácter proactivo del servicio y el papel protagónico de sus profesionales en la dinamización de espacios de coordinación.
- c) También, a la hora de identificar al resto de agentes como copartícipes de las intervenciones, todos los recursos y servicios del territorio son susceptibles del encuentro coordinado, y la selección y priorización de unos y otros mismos guarda coherencia con las necesidades a las que se debe responder.
- d) Es por ello por lo que, sabido que la coordinación requiere, igualmente, de procesos, las diferentes condiciones de cada uno de los servicios y recursos, en atención a sus ritmos y niveles de coordinación acordados en función de las necesidades a las que se va a dar respuesta, lleva a definir un proyecto de coordinación concreto con cada uno de ellos.

Según los aspectos señalados, para materializar cualquier sistema de coordinación ejecutiva, delimitamos una serie de tareas que son contenido y posibilitan el éxito en el desarrollo de estas relaciones coordinadas:

- a) Promover el conocimiento mutuo de los sistemas que han de encontrarse.
- b) Establecer figuras de coordinación de carácter estable: no siempre es fácil, pero resulta un requisito de gran importancia y permite crecer en la propia coordinación, de dotándola de mayor eficacia y efectividad.
- c) Organizar los encuentros entre sistemas teniéndonos en cuenta en nuestros respectivos programas y estructuras marco: ajuste desde lo que es el otro, tanto en sus fines, sus planes y las posibilidades de colaboración (en este sentido, se desarrollará la tarea siguiente).
- d) Delimitar los niveles de coordinación entre sistemas: definir en qué aspectos y a partir de qué actuaciones va a plantearse la coordinación.
- e) Socializar el proyecto del otro dentro del propio Servicio: puesta en conocimiento, por parte de los profesionales responsables, de las características del otro servicio o recurso, los términos de coordinación establecidos y sus resultados, tanto en el propio centro de servicios sociales, como sería esperable que se realizará en las estructuras del otro servicio o recurso.
- f) Establecer herramientas, procedimientos de actuación generales, concretos: herramientas que faciliten el trabajo y los procedimientos de actuación.

## 8. La ubicación funcional del servicio en los servicios sociales

Es momento de hablar del grado de conexión del servicio en la acción general del departamento, su ubicación funcional y la comodidad del ajuste en éste, a partir de la satisfacción de dos elementos fundamentales:

- La claridad de los procedimientos para la atención, desde la detección, el diseño del plan de intervención, y el cierre o derivación de las intervenciones.
- Las funciones del servicio que son responsabilidad de los profesionales.

Cada una de las administraciones municipales, mediante ajustes realizados a lo largo del tiempo, ha adoptado un modelo de procedimiento para el desarrollo de planes de intervención propios que, en general, está basado en las seis fases ya conocidas, aunque en muchas ocasiones, por razones organizativas o de urgencia, no son satisfechas en su totalidad. No obstante, proponemos reflexionar en torno a estos procedimientos de cara a su adecuación y a definir el alcance y el papel de cada uno de los agentes profesionales de los servicios sociales del ámbito local de éstos:

- Repensando el contenido, las tareas y las herramientas para la ejecución de cada una de las fases, de cara a una mejor adecuación al modelo de diagnóstico y a los elementos de la intervención apuntados.
- Repartiendo dichas tareas de modo coherente, delimitando el papel de los distintos profesionales en el procedimiento y en cada una de sus fases para, de este modo, evitar algunas situaciones habituales hoy día, como que algunos/as profesionales queden relegados a meros informantes o, en su defecto, desarrollen valoraciones no suficientemente tenidas en cuenta en la valoración final.

Para acercarnos a las funciones de los profesionales y a la adecuada ubicación del servicio, las intervenciones y sus profesionales, consideramos una serie de actuaciones que debe desarrollar el departamento, bien asumidas como propias por la persona profesional con funciones de dirección y organización del departamento, o bien delegadas en otros profesionales:

- a) Impulso a la implementación y desarrollo de un sistema de planificación. Un plan transversal que, con carácter estratégico, delimite a medio plazo la mejora en la respuesta general de los servicios, incluyendo tareas, funciones, seguimiento de intervenciones, plazos..., consensuando herramientas y uniformizando las bases de datos compartidas.
- b) Liderazgo en la organización del servicio. Una organización y seguimiento eficaces para su desarrollo avalado por el conocimiento suficiente del servicio que, además, implica la dotación de los recursos materiales que los profesionales han de disponer para el desarrollo de su tarea en la atención directa e indirecta, (presupuesto, espacios para actividades, espacio de trabajo un espacio de trabajo específico, etc.) y la dinamización de los profesionales.

- c) Coordinación interna en un sistema definido. El reparto de funciones y tareas, y la coordinación entre los distintos profesionales exige reuniones sistemáticas del equipo de intervención, conformado por los/as responsables de la atención directa (educadores/as sociales y psicólogos/as), la persona coordinadora del equipo y las/os trabajadoras/es sociales de base con atribuciones en la intervención, con contenidos delimitados y espacios temporales suficientes.
- d) Impulso de la coordinación con otros sistemas de servicios. El contacto con otros agentes, recursos y servicios –fundamental para el desarrollo compartido de las intervenciones– requiere establecer prioridades, facilitar procesos de relación y canalizar su inicio.
- e) Fomento del trabajo comunitario y el desarrollo de la comunidad. La esencia de los servicios sociales vincula a éstos con la comunidad y con las acciones comunitarias —promovidas por el servicio, o no—, lo cual contribuye al desarrollo de comunidades más cohesionadas, saludables y más sensibles hacia las dificultades individuales y colectivas.

Plantear cualquier medida para alcanzar la mayor acomodación posible del servicio en los servicios sociales, desde su ubicación funcional, exige dedicar un momento a los equipos de intervención, es decir, a los y profesionales y a sus funciones.

Atendiendo a la naturaleza del servicio, el equipo de intervención responsable está conformado, para las intervenciones socioeducativas, en cualquiera de sus modalidades, por profesionales titulados universitarios en Educación Social, y en Psicología para las aportaciones y acciones complementarias de carácter psicológico o intervenciones terapéuticas. Este requisito no debería alterarse en ningún caso, aunque la falta de modelos claros para las intervenciones hace que, aun hoy, en algunos municipios, sobre todo, en el ámbito de la intervención familiar, se produzca este desajuste que puede incidir en las personas usuarias y derivar en una importante desorientación en los planteamientos y en el desarrollo de intervenciones improcedentes o ejecutadas por profesionales inadecuados.

En general, las funciones de los profesionales incluyen la atención directa en la generación de marcos y espacios educativos para el desarrollo de procesos de intervención, su activación y liderazgo, y por otra parte, su participación en la planificación del servicio, en el diseño de los planes y proyectos de intervención, la coordinación y la acción comunitaria. A este equipo, se incorpora un/a profesional con funciones de coordinación técnica, que, centrado en el apoyo a los profesionales de la intervención y desde una observación global, contribuye a la calidad del servicio, estableciendo procesos de coordinación de carácter organizativo, y de acompañamiento y asesoramiento técnico.

Muy importante elemento favorecedor de la ubicación ajustada y cómoda del servicio es, también, la estabilidad del equipo de intervención, relacionada con las buenas condiciones de contratación (sujetas al convenio de intervención social del territorio histórico correspondiente), e igualmente el cuidado que, desde el acompañamiento técnico, la formación y el soporte emocional necesario en servicios de esta naturaleza, van a contribuir a la satisfacción por la tarea y a la conformación de equipos estables.

## 9. El proceso de transición de la atención primaria a la secundaria en un único sistema de servicios sociales

La normativa general vigente concibe los servicios sociales del País Vasco, y así los presenta, bajo la cobertura de un único sistema, desarrollando cada una de las Administraciones los que son de su competencia, del mismo modo que hace la Ley de Infancia y Adolescencia 03/05, estableciendo, en relación a la respuesta ante la desprotección infantil y adolescente, un único Sistema de Protección Infantil para la CAPV.

Por ello, las Administraciones, desde su función y responsabilidad, y a través de este único sistema de servicios sociales, deben garantizar, siempre situando a la persona y su proceso en el centro, una atención global, integral y no fragmentada, y contar con dispositivos y recursos para una rápida respuesta a las distintas situaciones que se han de abordar. Es por ello por lo que la coordinación y cooperación entre los servicios sociales de atención primaria y secundaria es indispensable en la articulación de la respuesta a las necesidades. Por el contrario, centralizar la atención en la tarea de la Administración debilita la concepción del sistema como unidad de acción en respuesta a los derechos de las personas, toda vez que disminuye su eficacia en el cumplimiento óptimo de sus propias finalidades. Todo ello exige por parte de todos los profesionales implicados el conocimiento concreto de los distintos equipos y servicios, los procedimientos y las estructuras existentes en cada institución, lo cual garantiza la coherencia y preserva el carácter continuo de las intervenciones.

Genera especial preocupación el rigor y el especial cuidado que hay que poner en los procesos de transición entre el ámbito de responsabilidad municipal y la articulación de respuestas desde la parte foral. Es fundamental a este respecto:

- Es exigible una coordinación sistematizada que facilite el traspaso de información de modo fluido y constante, a través de un sistema cuidadoso con la continuidad de los procesos e itinerarios de las personas, sin intermitencias ni bruscas rupturas ni, mucho menos, reinicio de intervenciones.
- Poner en marcha mecanismos que reconozcan el conocimiento exhaustivo y cercano de las situaciones de las personas, desde la atención primaria, y tenga en cuenta que es la misma persona la que las protagoniza, con importantes caminos recorridos y fuerte vinculación con los/as profesionales.
- Resulta fundamental la permanencia de un/a profesional de referencia que se mantiene a lo largo de las distintas intervenciones, que contribuye a una planificación más coherente y el seguimiento de dichas intervenciones.

En relación a estas marcadas preocupaciones manifestadas por la atención a escala local, apuntamos algunas apreciaciones para la mejora de la relación coordinada entre las administraciones locales y territoriales que pueden facilitar la coordinación entre los profesionales de los diferentes servicios y los distintos niveles de atención:

- a) Considerar a la persona como el centro de la atención y protección. Como tal sujeto de las intervenciones, los procedimientos estarán a ello condicionados y flexibilizados en función de las distintas situaciones, cuidando la orientación y el mantenimiento de referentes con las personas.
- b) Concebir un único sistema de protección general, que exige la respuesta integral e integrada desde cada Administración.
- c) No establecer ninguna jerarquía entre las distintas competencias, ni mucho menos, entre los profesionales.
- d) Conocer las funciones y tareas de los diferentes servicios y profesionales de ambas Administraciones, y reconocerlas y validarlas en sus procesos.
- e) Garantizar itinerarios coherentes y continuos en la atención, resultado de la colaboración en la información, el análisis, la toma de decisiones y el desarrollo de las intervenciones.
- f) Sistematizar la coordinación a partir de contenidos, tiempos y espacios de encuentro constantes.
- g) Racionalizar los recursos disponibles, evitando duplicidades, rupturas de proceso y tiempos perdidos.

## 10. A modo de resumen y como consideraciones finales

Apuntamos, para terminar, algunas consideraciones que consideramos básicas para un adecuado desarrollo de este servicio:

- Entender la Cartera de Servicios y Prestaciones, y del despliegue de la Ley 12/08 en general, en clave de oportunidad para la revisión de los programas actuales y la progresiva implementación de mejoras y cambios en los diferentes servicios. Para ello, es conveniente recuperar cierto entusiasmo y compromiso, que posibilite cambios de profundidad en las actuaciones de los servicios sociales.
- En obediencia a la Ley y el Decreto, a la hora de transitar hacia un Servicio de Intervención Socioeducativa y Psicosocial más integrado, reconocer la trayectoria de los servicios de intervención socioeducativa (y psicosocial) que, con diferentes formatos, se han ido desarrollando a lo largo del tiempo en los diferentes municipios, analizando su eficacia y favoreciendo su evolución, pero sin rupturas bruscas que afecten a las intervenciones en desarrollo, a las personas y sus procesos.
- Fundamentar la intervención en la respuesta ajustada a las necesidades de las personas y de la comunidad, para lo cual es preciso revisar, en muchos casos, los procedimientos de definición y participación de los y las profesionales, y, a su vez, desarrollar metodologías, espacios



y tiempos que permitan la observación y el diagnóstico pausado y progresivo. De este modo, se consigue atravesar todas las fases, desde la observación de los síntomas y la identificación de dificultades hasta la definición de necesidades, garantizando la detección más ajustada de necesidades y de nuevos destinatarios para, así, desarrollar respuestas adaptadas a éstos.

- Tomando como punto de partida los diferentes formatos de atención socioeducativa (y psicosocial) en desarrollo, y una vez contrastada su pertinencia y eficacia de cara a una respuesta lo más adaptada posible, definir modelos de atención (y métodos de intervención) para este servicio (al igual que para el resto de los servicios de la cartera) que se adecúen al que la Ley, de modo general, propone en su texto. Éste está basado en esta rigurosa adaptación, y por lo tanto, exige personalizar la intervención a través de un plan, en su entorno habitual, con carácter interdisciplinar y bajo la responsabilidad de un profesional de referencia.
- Igualmente, establecer modelos que garanticen la respuesta ajustada, posibilitando mayor diversificación y alcance en la intervención, así como la incorporación de destinatarios que, hasta el momento, no han sido contemplados como susceptibles de atención desde lo socioeducativo; nos referimos, fundamentalmente, a personas adultas fuera de sus marcos familiares en situación de dificultad y, en muchos casos, en exclusión.
- Desarrollar metodologías en marcos de intervención familiar, grupal, individual y en el medio abierto que, poniendo en el centro a la persona, cuiden de modo específico los elementos claves de lo socioeducativo (y psicosocial), como la generación de espacios relacionales entre los/as profesionales y las personas usuarias en los procesos educativos (que requieren de tiempos), con la intención determinada de responder a las necesidades de las personas, los grupos y colectivos. Los profesionales que deben desarrollar las intervenciones socioeducativas deben ser, en todos los casos, educadoras y educadores sociales, y para las de carácter psicológico o terapéutico, titulados en Psicología, y han de formar parte del mismo equipo.
- Garantizar el enfoque comunitario que plantea la norma legal, recuperando la dimensión comunitaria desde el servicio que nos ocupa, a partir de los elementos de su perspectiva, cultura y métodos propios, es decir, la participación, el conocimiento del entorno, la atención interdisciplinar, la generación de redes y el fomento de la ciudadanía activa. De este modo, contribuir al desarrollo de la comunidad promovidas por transformaciones en el territorio que favorezcan el desarrollo de cada una de las personas y colectivos que lo habitan.
- Establecer relaciones coordinadas con el resto de recursos y servicios que operan en el territorio en clave de corresponsabilidad, entendiendo al resto de los sistemas de servicios y sus agentes como elementos necesarios para el desarrollo de las intervenciones. En este sentido, desarrollar sistemas de coordinación definidos en contenidos, con dedicación de tiempos y mediante procesos que posibiliten las orientaciones comunes que respondan a las personas usuarias en una misma dirección y, a su vez, permitan reconocer la proyección de sus logros en otros espacios.

- Para terminar y, para posibilitar y la atención a las reflexiones y consideraciones apuntadas en este capítulo y un mayor alcance en las intervenciones por parte del servicio, es necesario contemplar la acción de este último en el marco de un único sistema de servicios sociales, entendido, en primer lugar, desde su ubicación funcional en los servicios sociales municipales, a nivel general, avalado por aspectos de carácter organizativo, de liderazgo y de asunción de tareas y funciones por parte de los diferentes profesionales que se vinculan al desarrollo del servicio; y, también, en su relación con los servicios de atención secundaria, propios, por sus competencias, de la administración territorial, cuidando rigurosamente los procesos de transición de las intervenciones y de los proceso de las personas usuarias.

## SITUACIÓN ACTUAL Y EVOLUCIÓN DE LA DEMANDA DE SERVICIOS SOCIALES A PARTIR DE LOS RESULTADOS DE LA ENCUESTA DE NECESIDADES SOCIALES DE LA CAE (ESN)

June Arechalde

SIIS Centro de Documentación y Estudios

### 1. Introducción

Este capítulo recoge los resultados de la última Encuesta de Necesidades Sociales (ENS), elaborada por el Órgano Estadístico Específico (OEE) del Departamento de Empleo y Asuntos Sociales del Gobierno Vasco desde 2006, y cuya última aplicación se hizo en 2014. El objetivo de esta operación estadística es, por un lado, conocer la evolución de las necesidades sociales de la población y, por otro, analizar la demanda y el acceso de la población de la CAE a los servicios y ayudas económicas provistas desde el sistema de servicios sociales.

El texto se estructura en tres apartados. El primero ofrece una panorámica del acceso de la población a los servicios sociales de base y a los servicios de carácter similar que prestan las entidades del Tercer Sector. El segundo apartado se centra en el análisis de la demanda y el acceso a las prestaciones del sistema de protección económica (RGI, AES). El tercer apartado analiza la prevalencia de las situaciones de dependencia especial entre la población de la CAE, así como la demanda y el acceso a los servicios de cuidado y las ayudas económicas de apoyo a personas dependientes. En todos los casos se analiza en primer lugar la situación actual y, posteriormente, la evolución registrada desde 2006.

### 2. Acceso al sistema de servicios sociales públicos y a los servicios asociativos en la CAE

***Más de la mitad de los hogares en situación de privación básica y de los hogares con todos sus miembros activos en situación de desempleo acceden al sistema de servicios sociales***

En los tres años previos a la fecha de encuestación de 2014, el 16,1% de los hogares de la CAE hizo uso de los servicios sociales en al menos alguna ocasión. Si la tasa de acceso a estos servicios se analiza en función de las características socioeconómicas y demográficas de las familias, se observa que el 53,1% de los hogares con problemas de privación básica<sup>10</sup> y el 51,9% de los hogares con todos sus miembros activos en paro accedió a los servicios sociales en el periodo analizado. En cuanto a los hogares donde la persona principal del hogar tiene una ocupación inestable, casi uno de cada cuatro hogares de este tipo utilizó los servicios sociales en el periodo analizado (24,7%). Desde el punto de

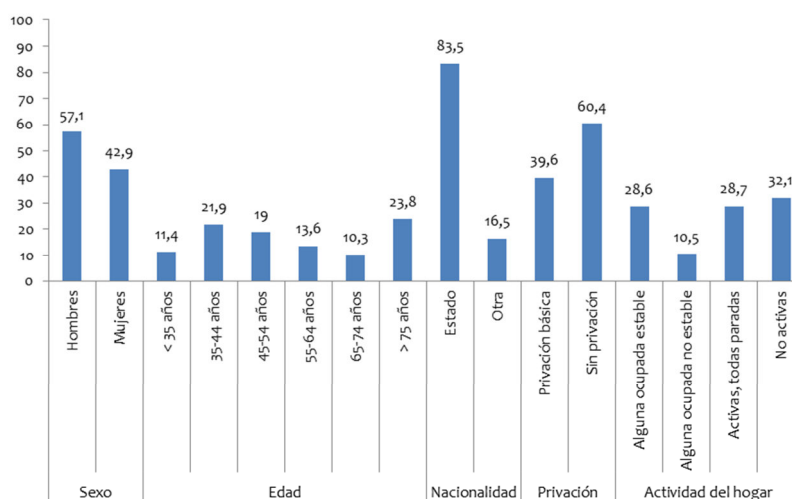
<sup>10</sup> De acuerdo con la metodología de la ENS, la privación de carácter multidimensional en aspectos básicos afecta a las personas residentes en hogares en los que se detecta alguna de las problemáticas siguientes relacionadas con la cobertura de las necesidades básicas: a) dificultades para la subsistencia que implican problemas de alimentación, el recurso a prendas de segunda mano así como la experimentación de frío en invierno por motivos económicos; b) tres o más problemas relacionados con la dificultad para hacer frente a las necesidades habituales de gasto, implicando en todo caso la necesidad de reducir gastos básicos o proceder a la venta de propiedades y similares, así como dificultades para hacer frente a las obligaciones hacia terceros, con problemas asociados de impagos o cortes de suministro; c) otras circunstancias en las que aparecen tres o más dificultades, ligadas a al menos algún problema grave en la cobertura de las necesidades de alimentación, vestido y calor y, además, a alguna limitación grave en la capacidad para hacer frente a las necesidades habituales de gasto o las obligaciones respecto a terceros.

vista demográfico, los hogares que presentan una mayor intensidad de demanda son aquellos encabezados por personas de nacionalidad extranjera (50,2%), menores de 35 años (23,2%) o mayores de 75 años (24%), y mujeres (22,3%).

¿Cuáles son las principales características sociodemográficas de las personas que acceden a los servicios sociales públicos? Es decir, ¿cuál es la composición de la demanda atendida? Como se observa en el Gráfico 1, el 83,5% de los hogares atendidos están encabezados por una persona de nacionalidad española, en un 57,1% de los casos la persona principal del hogar es un hombre y, respecto a la edad, los hogares que concentran un mayor porcentaje de la demanda atendida son aquellos encabezados por personas entre 35 y 54 años de edad (40,9%) o personas mayores de 75 años (23,8%).

La escasa vinculación con el mercado de trabajo caracteriza por otra parte a las personas que acceden a los servicios sociales públicos: más de siete de cada diez hogares que han hecho uso de los servicios sociales (71,3%) tiene una débil o nula vinculación con el mercado de trabajo (debido tanto al desempleo como a la inactividad asociada a la edad). En el 28,7% de los hogares todos los miembros activos del hogar están desempleados y en uno de cada diez la persona principal del hogar sólo tiene un empleo inestable (10,5%). Además, los hogares donde todos los miembros del hogar son inactivos constituyen casi un tercio (32,1%) de la demanda atendida. Finalmente, es también importante señalar que, si bien casi cuatro de cada diez hogares que ha utilizado los servicios sociales en el periodo analizado está en una situación de privación básica (39,6%), la mayor parte de las personas usuarias (el restante 60%) están en una situación económica normalizada.

**Gráfico 1. Distribución de la demanda atendida en los servicios sociales de la CAE en los últimos tres años por sexo, edad y nacionalidad de la persona principal del hogar, situación de privación y relación con la actividad del hogar. 2014**



Fuente: EDSS-ENS 2014. Gobierno Vasco. Dpto. de Empleo y Políticas Sociales. OEE

**El 3% de los hogares de la CAE hace uso de los recursos asociativos y el 70% de los hogares que acceden a ellos está en una situación de privación básica**

Además de a los servicios sociales públicos, la población accede también a los servicios sociales que prestan las entidades del Tercer Sector, si bien el acceso a estos centros es mucho menor que el que

corresponde a los servicios de titularidad pública. Así, de acuerdo con los datos de la Encuesta, el 3% de los hogares de la CAE hizo uso de algún servicio asociativo entre 2011 y 2014, cifra que representa un incremento de más de un punto en comparación con los resultados obtenidos en las encuestas de 2010 (1,6%) y 2006 (1,9%).

El recurso a estos servicios está muy marcado por el perfil sociodemográfico de la población: desde el punto de vista de la edad, por ejemplo, se observa que el acceso a este tipo de recursos disminuye a medida que aumenta la edad de la persona principal del hogar, siendo por tanto las personas más jóvenes las que acceden con mayor frecuencia a estos servicios. Uno de cada diez hogares encabezados por una persona menor de 35 años accedió a estos servicios en el periodo analizado (10%), frente al 5,6% de los hogares donde la persona principal del hogar tiene entre 35 y 44 años y sólo el 2,9% de los hogares donde la persona principal tiene entre 45 y 54 años. En todo caso, las principales diferencias se refieren al origen nacional y a la situación socioeconómica: así, uno de cada cuatro hogares encabezados por una persona de nacionalidad extranjera ha hecho uso de estos servicios (26,6%), frente al 1,7% de los hogares donde la persona principal del hogar tiene nacionalidad española. Del mismo modo, el 18,7% de los hogares en situación de privación básica y el 16,2% de los hogares con todos los miembros activos del hogar en situación de desempleo han accedido a este tipo de recursos, casi diez veces más que entre el conjunto de la población. Con todo, es importante decir que más del 80% de las personas en situación de privación básica no recurren a estos servicios.

Los usuarios de estos servicios tienen, por tanto, un perfil más marcado que el observado entre quienes acceden a los servicios sociales públicos. Si se analiza la composición de los hogares que acceden a estos recursos, se constata la sobrerrepresentación de los hogares jóvenes –encabezados por personas menores de 55 años (84,1% del total de hogares que hacen uso de estos servicios)–, los hogares donde la persona principal es de nacionalidad extranjera (46,7%) y los hogares que se encuentran en una situación de privación básica (70%). Los hogares encabezados por personas entre 35 y 44 años de edad componen el 37,7% de la demanda atendida y más de uno de cada cuatro hogares que accede a estos servicios está encabezado por una persona menor de 35 años (26,1%). Finalmente, el 48% de los hogares que utiliza los servicios asociativos no cuenta con ninguna persona activa del hogar ocupada y en el 20,9% de los hogares que hacen uso de estos recursos la persona que encabeza el hogar tiene una ocupación inestable.

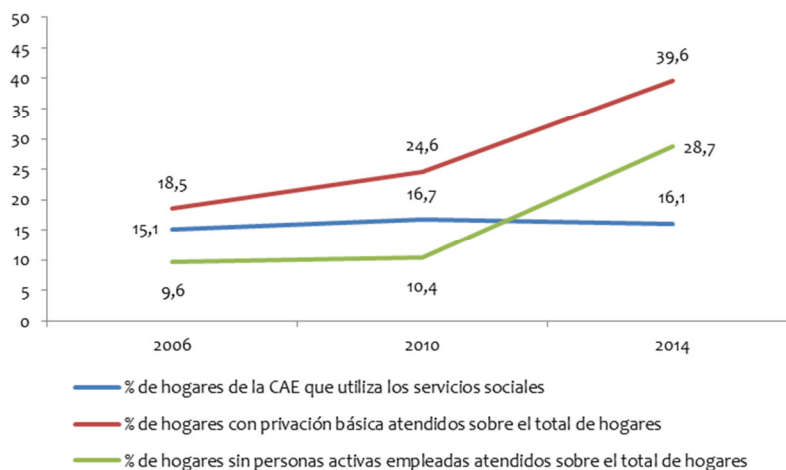
***Se mantiene estable la tasa de acceso a los servicios sociales públicos, pese al traspaso de la RGI, y crece el peso relativo de la atención ligada a las situaciones de privación básica y desempleo***

El hecho de que se hayan realizado tres oleadas distintas de esta encuesta –que cubren el periodo que va desde 2006 hasta 2014– permite analizar cómo ha evolucionado tanto la composición de las personas atendidas por los Servicios Sociales como la tasa de acceso a este tipo de servicios de los diferentes grupos socioeconómicos y demográficos.

A este respecto cabe señalar, en primer lugar, que el volumen de demanda atendida por los servicios sociales públicos se ha incrementado apenas un punto porcentual entre 2006 y 2014, si bien dicho aumento ha tenido lugar, fundamentalmente, entre 2006 y 2010. En 2006, el 15,1% de los hogares de la CAE hizo uso de los servicios sociales en los tres años anteriores a la fecha de encuestación, frente al 16,7% en 2010 y el 16,1% en 2014. Esto significa que la presión sobre el sistema de servicios sociales

se ha mantenido estable durante estos años, pese a la transferencia de la gestión de la Renta de Garantía de Ingresos (RGI) y de la Prestación Complementaria de Vivienda (PCV) a Lanbide.

**Gráfico 2. Evolución de la demanda de servicios sociales en la CAE y porcentaje de hogares con privación básica o con todos los miembros activos del hogar en situación de desempleo atendidos sobre el total de hogares que acceden a los servicios sociales. 2006-2014.**



Fuente: EDSS-ENS 2006 a 2014. Gobierno Vasco. Dpto. de Empleo y Políticas Sociales. OEE

Además de la evolución de la demanda atendida en los servicios sociales públicos, resulta también necesario analizar cómo ha evolucionado la composición de la población atendida en ellos. Como se observa en el gráfico anterior, los hogares en situación de privación básica han incrementado su peso en la composición de la demanda atendida por los servicios sociales de forma progresiva a lo largo del periodo analizado, pasando de representar menos de dos de cada diez hogares atendidos en la encuesta de 2006 (18,5%), a constituir cerca de uno de cada cuatro en 2010 (24,6%) y casi cuatro de cada diez en 2014 (39,6%). Este cambio se deriva, como veremos, tanto del incremento del número de personas en situación de privación respecto al conjunto de la población como de la mayor tendencia de este colectivo a acceder a los servicios sociales.

También los hogares con todos sus miembros activos en situación de desempleo han incrementado su presencia en la demanda atendida. En este caso, el aumento ha tenido lugar, fundamentalmente, entre 2010 y 2014. En 2006, menos de uno de cada diez hogares atendidos tenía a todos sus miembros activos en situación de desempleo (9,6%), un porcentaje muy similar, aunque levemente inferior al observado en la encuesta de 2010 (10,4%). Sin embargo, en 2014, esta cifra prácticamente se triplica y casi tres de cada diez hogares atendidos se encuentran en esta situación (28,7%).

En cuanto al perfil demográfico de los hogares atendidos, como se observa en la Tabla 1, se mantiene a lo largo de todo el periodo analizado el predominio de los hogares encabezados por hombres, que representan el 57,5% de los hogares atendidos en 2006, el 63,6% en 2010 y el 57,1% en 2014. Respecto a la edad, destaca el aumento del porcentaje de hogares atendidos donde la persona principal del hogar tiene más de 75 años (20,4% en 2006, 24,8% en 2010 y 23,8% en 2014) y la disminución del peso relativo de los hogares encabezados por personas entre 65 y 74 años de edad (12,2% en 2006, 13,1% en

2010 y 10,3% en 2014). El incremento del porcentaje de hogares atendidos que están encabezados por personas mayores de 75 años debe achacarse, sin duda, al despliegue del sistema de atención a la dependencia, así como al traspaso a Lanbide de una parte importante de las personas demandantes de prestaciones de garantía de ingresos, hogares con un perfil más joven que ya no tienen por qué acudir a los servicios sociales para poder percibir este tipo de prestaciones. Finalmente, se constata un incremento del peso de los hogares encabezados por personas de nacionalidad extranjera, los cuales, aumentan un 73,7% su representación en el conjunto de los hogares que acceden a los servicios sociales públicos entre 2006 y 2014 (9,5% en 2006, 15,2% en 2010 y 16,5% en 2014). Como en el caso de las personas en situación de privación, el mayor peso relativo de este último grupo se debe tanto a su crecimiento demográfico –especialmente, en la primera parte del periodo analizado– como al crecimiento de su tasa de acceso a los servicios, como resultado de un empeoramiento de sus tasas de privación, más acusadas que las de la población autóctona.

**Tabla 1. Evolución de la distribución de la demanda atendida por los servicios sociales públicos de la CAE por sexo, edad y nacionalidad de la personas principal del hogar. 2006-2014**

Características de los hogares atendidos		Distribución de la demanda atendida		
		2006	2010	2014
Sexo	Hombres	57,5	63,6	57,1
	Mujeres	42,5	36,4	42,9
Edad	< 35 años	12,8	11,3	11,4
	35-44 años	21,5	19,1	21,9
	45-54 años	19,0	15,3	19,0
	55-64 años	14,0	16,5	13,6
	65-74 años	12,2	13,1	10,3
	> 75 años	20,4	24,8	23,8
Nacionalidad	Estado	90,5	84,8	83,5
	Otra	9,5	15,2	16,5
Total		100,0	100,0	100,0

Fuente: EDSS-ENS 2006 a 2014. Gobierno Vasco. Dpto. de Empleo y Políticas Sociales. OEE

### ***Se incrementa el acceso a los servicios sociales de los hogares encabezados por las personas más jóvenes y más mayores, los inmigrantes y las personas en situación de privación***

En cuanto al acceso de los distintos grupos de población al sistema de servicios sociales a lo largo del periodo analizado y desde un punto de vista demográfico, se observa un incremento en el acceso de los hogares encabezados por hombres, personas mayores de 75 años, personas menores de 35 años y personas de nacionalidad extranjera. Por otro lado, se registra un descenso en el acceso de los hogares encabezados por personas entre los 65 y los 74 años de edad, tras el repunte observado en el uso de los servicios sociales por parte de este colectivo en 2010, y de los hogares encabezados por mujeres, que también reducen levemente su acceso durante el periodo analizado.

Desde el punto de vista del género, si bien los hogares encabezados por mujeres continúan accediendo al sistema de servicios sociales en mucha mayor medida que los hogares donde la persona principal del hogar es un hombre, lo cierto es que, entre 2006 y 2014, se constata un leve incremento

en el acceso de los hogares encabezados por un hombre (11,8% en 2006 y 13,3% en 2014) y un leve descenso del acceso de los hogares encabezados por mujeres (24,6% en 2006 y 22,3% en 2014). Esto no es óbice para que, en 2014, siga existiendo una diferencia de 9 puntos entre el porcentaje de hogares encabezados por mujeres que accede a los servicios sociales y el porcentaje de hogares encabezados por hombres que hacen uso de los mismos.

Respecto a la edad, el incremento en el acceso a los servicios sociales se concentra entre las personas mayores de 75 años y las personas menores de 35 años. En el primer caso, entre 2006 y 2014, aumenta del 17,5% al 24% el porcentaje de hogares de dicha franja de edad que hace uso de los servicios sociales públicos, es decir, un incremento del 37,1%. Es importante tener en cuenta que la intensificación de la demanda de servicios sociales por parte de este grupo de población ha tenido lugar entre 2006 y 2010, es decir, coincidiendo con la implantación del sistema de atención a la dependencia. Posteriormente se ha mantenido la tendencia alcista, pero con una fuerte ralentización del ritmo de crecimiento de la demanda procedente de estos hogares. En cuanto a los hogares encabezados por personas menores de 35 años, éstos muestran un incremento sostenido del acceso al sistema de servicios sociales durante todo el periodo analizado (18,4% en 2006, 20,7% en 2010 y 23,2% en 2014), incrementándose su acceso en un 20%. En los hogares encabezados por personas entre 35 y 54 años, sin embargo, se observa un descenso en el acceso entre 2006 y 2010, seguido de un repunte en la utilización de los servicios sociales en 2014. El 16,7%, el 15,3% y el 17,3% de los hogares encabezados por personas entre 35 y 44 años hizo uso del sistema de servicios sociales en 2006, 2010 y 2014, respectivamente. Junto a estas tendencias se observa una reducción en el acceso al sistema de servicios sociales por parte de los hogares encabezados por personas entre 55 y 74 años entre 2010 y 2014, coincidiendo con un descenso en la demanda de servicios de cuidado por parte de estos grupos de edad. Así, sólo el 11% de estos hogares ha accedido al sistema de servicios sociales en 2014, 4,5 puntos por debajo del porcentaje observado en 2010 (15,5%) y ligeramente por debajo del registrado en 2006 (11,9%).

En cuanto a los hogares encabezados por personas de nacionalidad extranjera, el incremento en el acceso a los servicios sociales tiene lugar, fundamentalmente, entre 2006 y 2010, cuando el porcentaje de este tipo de hogares que hacen uso de los servicios sociales pasa del 46,1% al 57,8%. Posteriormente, su acceso se reduce hasta situarse en el 50,2% en 2014, disminución que es atribuible al traspaso de la gestión de la RGI y la PCV a Lanbide.

**Tabla 2. Evolución de la tasa de acceso a los servicios sociales públicos de la CAE por sexo, edad y nacionalidad de la personas principal del hogar, situación de privación y relación con la actividad del hogar. 2006-2014**

Características de los hogares atendidos		Tasa de acceso		
		2006	2010	2014
Sexo	Hombres	11,8	14,4	13,3
	Mujeres	24,6	23,3	22,3
Edad	< 35 años	18,4	20,7	23,2
	35-44 años	16,7	15,3	17,3
	45-54 años	14,9	12,5	14,7
	55-64 años	11,7	16,2	11,8
	65-74 años	12,2	14,8	10,1



	> 75 años	17,5	23,1	24,0
Nacionalidad	Estado	14,1	14,8	14,2
	Otra	46,1	57,8	50,2
Situación de privación	Con privación básica	41,1	51,7	53,1
	Sin privación básica	13,2	13,7	11,1
Relación con la actividad	Alguna ocupada estable	11,5	11,0	8,3
	Alguna ocupada no estable	25,6	33,9	24,7
	Activas, todas paradas	43,9	42,6	51,9
	No activas	17,0	21,3	18,2
<b>Total</b>		<b>15,1</b>	<b>16,7</b>	<b>16,1</b>

En cuanto al incremento en el acceso de los hogares socialmente más vulnerables, y como ya se ha avanzado previamente, la ENS muestra que los hogares con una situación de privación básica incrementan su acceso en un 25% entre 2006 y 2014. En 2006, algo más de cuatro de cada diez hogares con estas características hizo uso de los servicios sociales públicos (41,1%), en comparación con más de la mitad que llega a utilizarlos en 2014 (53%). Finalmente, respecto a la vinculación de los hogares con el mercado de trabajo, se constata un descenso en el acceso de los hogares donde alguna de las personas activas del hogar está ocupada de manera estable, sobre todo, entre 2010 y 2014. En 2014, sólo el 8,3% de este tipo de hogares accedió a los servicios sociales, frente al 11,5% que lo hizo en 2006 y el 11% que acudió en 2010.

En definitiva, cabe pensar que, pese al impacto que ha podido tener el despliegue de la Ley de Dependencia en este aspecto, se ha producido en los últimos años debido a la crisis un cierto repliegue en el carácter universal de los servicios sociales públicos, en la medida en que crece el peso relativo de su clientela ‘tradicional’ –las personas y familias en situación de pobreza o en riesgo de exclusión social–, frente al proceso de ‘universalización’ o ‘normalización’ que parecía haberse iniciado en los años precedentes. Este proceso se debe tanto al incremento en la prevalencia de estas situaciones como al empeoramiento de la situación de las personas que están en ellas, y que se traduce en una demanda de atención más alta.

### 3. Demanda y acceso al sistema de prestaciones económicas de garantía de ingresos en la CAE

#### **El 9,4% de los hogares de la CAE accede a una prestación económica y el sistema atiende el 83% de la demanda formulada**

Los datos de la ENS permiten conocer el porcentaje de población que reclama prestaciones económicas de garantía de ingresos en Euskadi, así como el porcentaje de población que efectivamente accede a ellas, los grupos que en mayor medida las demandan y el perfil mayoritario de quienes las reciben. De acuerdo con los datos de la encuesta, el 11,3% de los hogares de la CAE solicitó una prestación del sistema de protección económica de la CAE<sup>11</sup> en los doce meses previos a la fecha de en-

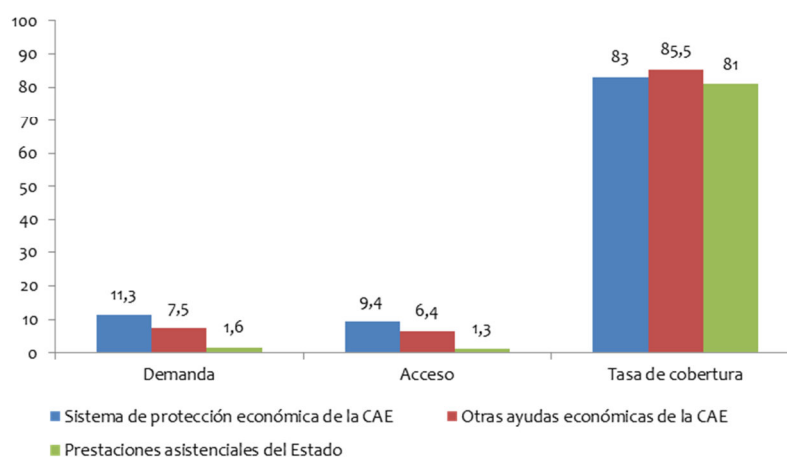
<sup>11</sup> El sistema de protección económica de la CAE incluye las ayudas y prestaciones integradas en el modelo de protección RGI/PCV/AES, así como otras prestaciones generales o complementarias igualmente orientadas a la garantía de ingresos como

cuestación y el 9,4% obtuvo acceso a ella, de forma que, prácticamente, uno de cada diez hogares vascos recibe alguna prestación económica de garantía de ingresos, al margen de las que se derivan del sistema estatal de pensiones o de subsidios por desempleo. Esto supone que el sistema de protección económica ofrece una cobertura de la demanda del 83% en 2014, un aumento de 5,5 puntos con relación al 2010 (77,5%).

Las prestaciones del sistema autonómico de garantía de ingresos tienen un desarrollo mucho mayor que las correspondientes a los sistemas estatales de protección. Sólo el 1,6% de los hogares vascos demandó una prestación del sistema asistencial del Estado (RAI, Prepara) y el 1,3% ha accedido a ellas. Esto supone que la tasa de cobertura se sitúa en este caso en 81%.

La ENS mide también la demanda y oferta de otras prestaciones económicas de menor cuantía ofertadas en su mayoría por entes locales o asociativos y que se dirigen a cubrir aspectos como la bonificación de tasas de vivienda, las becas de comedor escolar y guardería e, incluso, ayudas puntuales para la subsistencia. En este caso, el 7,5% de los hogares de la CAPV demandó este tipo de ayudas en 2014, 1,7 puntos por debajo de la demanda registrada en 2010 (9,2%). Estos datos parecen indicar que la mejora en la cobertura de la demanda por parte de las principales prestaciones económicas en 2014 ha hecho descender la demanda de ayudas económicas menores. En el periodo analizado el 6,4% de los hogares de la CAE accede a este tipo de ayudas, con lo que la tasa de cobertura se situaría en el 85% de la demanda formulada.

**Gráfico 3. Hogares de la CAE que han demandado y han accedido a las prestaciones del sistema de protección económica de la CAE, otras ayudas económicas de la CAE y las prestaciones asistenciales del Estado. 2014**



Fuente: EDSS-ENS 2014. Gobierno Vasco. Dpto. de Empleo y Políticas Sociales. OEE

son PNC/FBS y los restos del PAGAMI, integrados hoy en día en la estructura de la RGI para ofrecer mayores niveles de garantía de ingresos a la población pensionista.

**Los hogares encabezados por mujeres, por personas menores de 44 años y por personas de nacionalidad extranjera son los que más acceden al sistema de protección económica de la CAE**

Como en el caso del acceso a los servicios sociales, determinadas características sociodemográficas se relacionan claramente con la posibilidad de demandar y recibir este tipo de prestaciones económicas. Desde el punto de vista sociodemográfico, como se observa en la Tabla 1, el género juega un papel esencial: el 16,4% de los hogares encabezados por mujeres es titular de una prestación, en comparación con el 6,2% de los hogares encabezados por hombres. Sólo el 7,8% de los hogares encabezados por un hombre solicitó alguna prestación en el periodo analizado, en comparación con el 19% de los hogares encabezados por mujeres. Las tasas de cobertura de la demanda son algo más elevadas para las mujeres (86%) que para los hombres (79%).

Respecto a la edad de la persona principal del hogar, las franjas de edad que concentran una mayor demanda se sitúan entre las personas menores de 44 años. El 22% de los hogares encabezados por una persona menor de 35 años y el 15,3% de los hogares encabezados por una persona de entre 35 y 44 años solicitó una prestación, obteniéndola el 18,0% y el 12,3%, respectivamente. La principal diferencia, en cualquier caso, se refiere al origen nacional: el 51,6% de los hogares cuya persona principal es de nacionalidad extranjera solicitó una prestación y el 43,2% ha accedido a ella. De los hogares encabezados por una persona de nacionalidad española, sólo el 9,1% ha demandado una prestación y el 7,5% ha accedido a ella. La tasa de cobertura de la demanda es, por tanto, similar para ambos grupos (83,7% y 82,4%, respectivamente).

Es también importante señalar que más de la mitad de las personas en situación de privación básica no demandan estas ayudas. De los hogares socialmente más vulnerables, se constata que el 48,9% de los hogares con privación básica es titular de una prestación y que el 44% de los hogares donde ninguna persona activa del hogar cuenta con un empleo también percibe un ingreso procedente del sistema de protección económica. En este último caso, el 57% y el 52,2% de los hogares, respectivamente, solicitaron una prestación en los doce meses anteriores a la fecha de encuestación de 2014, con lo que la cobertura de la demanda sería, respectivamente, del 89% y el 91%.

**Tabla 3. Tasa de demanda, acceso y % de la demanda atendida por el sistema de protección económica de la CAE por género, edad, origen, presencia de privación básica en el hogar y situación con relación a la actividad del hogar. 2014**

		Tasa de demanda (%)	Tasa de acceso (%)	Cobertura demanda
Género	Hombre	7,8	6,2	79,5
	Mujer	19,0	16,4	86,3
Edad	< 35 años	22,0	18,0	81,8
	35-44 años	15,3	12,3	80,4
	45-54 años	11,1	8,6	77,5
	55- 64 años	7,7	6,7	87,0
	65-74 años	8,6	7,4	86,0
	> 75 años	8,4	7,6	90,5
Nacionalidad	Estado	9,1	7,5	82,4
	Otra	51,6	43,2	83,7

Privación	Privación básica	57,0	48,9	85,8
	Sin privación	5,1	4,0	78,4
Relación con la actividad	Alguna ocupada estable	3,1	2,0	64,5
	Alguna ocupada no estable	22,1	17,3	78,3
	Activas, todas paradas	52,2	44,0	84,3
	No activas	11,9	11,1	93,3
Total		11,3	9,4	83,2

Fuente: EDSS-ENS 2014. Gobierno Vasco. Dpto. de Empleo y Políticas Sociales. OEE.

**El 62,7% de los hogares titulares de una prestación se encuentra en una situación de privación básica y tres de cada cuatro hogares perceptores no tienen ninguna vinculación con el mercado laboral**

Si se analiza la composición de la demanda atendida, es decir, los perfiles dominantes entre las personas que acceden a las ayudas (Tabla 4), los datos muestran que los hogares encabezados por personas de nacionalidad española (75,6%), por mujeres (54,1%) y por personas menores de 55 años (60,9%) constituyen la mayor parte de los hogares perceptores de una prestación.

En cuanto a la situación económica de los hogares atendidos, se observa que más de seis de cada diez hogares se encuentra en una situación de privación básica (62,7%). Respecto a la vinculación de los hogares al mercado de trabajo, se observa que tres de cada cuatro hogares perceptores de una prestación no tienen vinculación con el mercado de trabajo (75,4%), ya que, en el 41,8% de los hogares atendidos ninguna persona activa del hogar cuenta con un empleo y en el 33,6% de los hogares todas las personas del que residen son inactivas. Con todo, es importante destacar que una cuarta parte de los hogares que perciben estas prestaciones están vinculados al mercado de trabajo, ya sea de forma estable (12,6%) o de forma no estable (12%).

**Tabla 4. Distribución de la demanda atendida por el sistema de protección económica de la CAE por género, edad, origen, presencia de privación básica en el hogar y situación con relación a la actividad del hogar.**

		2014
		Distribución (%)
Género	Hombre	45,9
	Mujer	54,1
Edad	< 35 años	15,1
	35-44 años	26,8
	45-54 años	19,0
	55- 64 años	13,2
	65-74 años	12,8
	> 75 años	13,0
Nacionalidad	Estado	75,6
	Otra	24,4
Privación	Privación básica	62,7
	Sin privación	37,3
Relación con la	Alguna ocupada estable	12,0

actividad	Alguna ocupada no estable	12,6
	Activas, todas paradas	41,8
	No activas	33,6
Total		100,0

Fuente: EDSS-ENS 2014. Gobierno Vasco. Dpto. de Empleo y Políticas Sociales. OEE.

### **La demanda efectiva de prestaciones económicas se duplica entre 2006 y 2014, y la cobertura del sistema mejora en comparación con 2010**

Como en el caso de la demanda y el acceso a los servicios sociales, es posible analizar la evolución que entre 2006 y 2014 ha experimentado la demanda y percepción de las prestaciones económicas de garantía de ingresos. Así, de acuerdo con los datos de la ESN, la demanda de prestaciones del sistema de protección económica de la CAE se ha duplicado entre 2006 y 2014, pasando el porcentaje de hogares demandantes del 5,7% en 2006, al 6,8% en 2010 y, finalmente, el 11,3 % en 2014.

Respecto a la cobertura de la demanda, se observa un descenso de 5,8 puntos entre 2006 (88,8%) y 2014 (83%). No obstante, debe hacerse una lectura positiva de ese dato, ya que, la cobertura alcanzada en 2014 representa una mejora sustancial respecto a la obtenida en 2010 (77,5%), cuando menos de ocho de cada diez hogares demandantes obtuvo la prestación solicitada. Por otro lado, hay que tener en cuenta que, entre 2010 y 2014, se ha producido una fuerte expansión de la demanda, lo que dificulta, lógicamente, que el sistema pueda alcanzar la tasa de cobertura conseguida en 2006. De hecho, si se analiza el volumen de la demanda atendida se constata un fuerte incremento en el número de hogares titulares de una prestación entre 2006 (39.511 hogares) y 2014 (82.308 hogares). Concretamente, esta diferencia es de 42.797 hogares. En 2014, el 9,4% de los hogares de la CAE accedió a una prestación, frente al 5% que las obtuvo en 2006 y 2010.

**Tabla 5. Evolución de la demanda formulada, la demanda atendida y la cobertura de la demanda del sistema de protección económica de la CAE. 2006-2014**

	2006		2010		2014	
	N	%	N	%	N	%
<b>Evolución de la demanda (% sobre hogares de la CAE)</b>						
Demanda formulada	44.494	5,7	55.719	6,8	99.166	11,3
Demanda atendida	39.511	5,0	43.182	5,0	82.308	9,4
<b>Tasa de cobertura (% sobre hogares demandantes)</b>						
	—	88,8	—	77,5	—	83,0

Fuente: EDSS-ENS 2014. Gobierno Vasco. Dpto. de Empleo y Políticas Sociales. OEE.

### **Aumenta el acceso de los hogares encabezados por mujeres, personas menores de 45 años y personas de nacionalidad extranjera a las prestaciones del sistema de protección económica de la CAE**

Respecto a la evolución de las tasas de acceso de los distintos grupos de población a las prestaciones del sistema de protección económica de la CAE, los datos muestran por una parte que se incrementa

notablemente el acceso de los hogares encabezados por mujeres, personas menores de 45 años y personas de nacionalidad extranjera entre 2006 y 2014.

En 2006, algo menos de uno de cada diez hogares encabezados por mujeres era titular de una prestación económica (9,8%), cifra que descendió ligeramente en 2010 (9%), pero que se ha incrementado de forma muy significativa en 2014, cuando el 16,4% de este tipo de hogares ha accedido a una prestación económica. En cuanto a la edad de las personas que encabezan el hogar, se constata una mejora en el acceso para todos los grupos de edad, aunque aumenta de forma significativa el acceso de los hogares encabezados por personas menores de 45 años. En 2006, sólo el 12,5% de los hogares encabezados por personas menores de 35 años accedía a una prestación, frente al 18% que cuenta con ella en 2014. En cuanto a los hogares encabezados por personas entre los 35 y los 44 años de edad, su acceso se ha incrementado del 5,1% en 2006, al 7% en 2010 y, finalmente, el 12,3% en 2014. En ambos casos, el mayor incremento tiene lugar al final del periodo analizado, es decir, entre 2010 y 2014.

Por lo que respecta a los hogares encabezados por una persona de nacionalidad extranjera, éstos aumentan su acceso al sistema a lo largo de todo el periodo analizado, siendo perceptores de una prestación económica el 32,5% de este tipo de hogares en 2006, el 37,3% en 2010 y, finalmente, el 43,2% en 2014. Como puede observarse, al igual que para el resto de grupos de población, el grueso de este incremento tiene lugar entre 2010 y 2014. También aumenta la demanda procedente de los hogares encabezados por personas de nacionalidad española entre 2006 y 2014. En 2006, el 4,1% de los hogares nacionales era receptor de una prestación, porcentaje que descendió ligeramente en 2010 (3,8%), pero que, prácticamente se ha duplicado en 2014, cuando el 7,5% de los hogares encabezados por una persona de nacionalidad española ha pasado a ser titular de una prestación económica de garantía de ingresos.

Finalmente, por lo que respecta a la situación económica de los hogares, se constata un notable incremento en el acceso de los hogares en situación de privación básica, que incrementan su acceso al sistema en un 91,8% entre 2006 y 2014. En 2006, poco más de uno de cada cuatro hogares en situación de privación básica accedía a una prestación económica (25,5%), frente a casi la mitad de estos hogares que accedieron a una en 2014 (48,9%). En cuanto al acceso de los hogares en función de su situación de actividad, destaca la mejora en el acceso de aquellos hogares sin ninguna persona activa empleada y los hogares donde todos los miembros del hogar son inactivos. En el primer caso, menos de un tercio de estos hogares accedía a una prestación económica en 2006 (31,5%), en comparación con el 44% que la obtuvo en 2014, lo que supone un incremento del 39,7%. En el segundo caso, aumenta más del doble el porcentaje de hogares que acceden a una prestación en 2014 (11,1%), con relación al 2006 (4,8%).

**Tabla 6. Evolución de la tasa de acceso al sistema de protección económica de la CAE por sexo, edad y nacionalidad de la personas principal del hogar y situación de privación y relación con la actividad del hogar. 2006-2014**

		2006	2010	2014
Sexo	Hombres	3,3	4,0	6,2
	Mujeres	9,8	9,0	16,4
Edad	< 35 años	12,5	11,7	18,0
	35-44 años	5,1	7,0	12,3
	45-54 años	5,7	4,1	8,6
	55-64 años	2,8	4,2	6,7
	65-74 años	3,0	4,1	7,4
	> 75 años	3,7	3,3	7,6
Nacionalidad	Estado	4,1	3,8	7,5
	Otra	32,5	37,3	43,2
Situación de privación	Con privación básica	25,5	29,9	48,9
	Sin privación básica	3,5	3,2	4,0
Relación con la actividad	Alguna ocupada estable	3,0	2,7	2,0
	Alguna ocupada no estable	11,2	19,2	17,3
	Activas, todas paradas	31,5	24,6	44,0
	No activas	4,8	4,5	11,1
<b>Total</b>		<b>5,0</b>	<b>5,3</b>	<b>9,4</b>

Fuente: EDSS-ENS 2014. Gobierno Vasco. Dpto. de Empleo y Políticas Sociales. OEE.

### **Crece el peso relativo de las personas en situación de privación entre las personas receptoras de prestaciones económicas**

Los cambios ya señalados en las tasas de acceso a las prestaciones de los diferentes grupos se traducen en una variación también notable de la composición del colectivo receptor de estas ayudas. En ese sentido, uno de los principales cambios observados a lo largo del periodo es el incremento en el porcentaje de hogares atendidos que se encuentran en una situación de privación básica o con todos los miembros activos del hogar en situación de desempleo, así como el incremento del peso relativo de los hogares donde todas las personas del hogar son inactivas.

Entre 2006 y 2014, los hogares en situación de privación básica pasan a constituir el 62,7% de los hogares atendidos por el sistema de protección económica de la CAE, aumentando en un 80,7% su peso relativo en el conjunto de la demanda atendida con relación al 2006 (34,7%). Los hogares con todos sus miembros activos en situación de desempleo duplican su peso en el conjunto de hogares atendidos entre 2006 (20,7%) y 2014 (41,8%) y los hogares donde todos los miembros del hogar son inactivos han pasado a representar un tercio (33,6%) de los hogares titulares de una prestación en 2014, en comparación con uno de cada cuatro hogares perceptores en 2006 (25,9%). Esto implica que ha tenido lugar una progresiva desvinculación del mercado de trabajo de la mayoría de hogares perceptores

de una prestación económica. De hecho, los hogares donde la persona principal del hogar cuenta con un empleo estable han disminuido drásticamente su peso en la composición de la demanda atendida, pasando de constituir el 37,6% de los hogares atendidos en 2006, a tan sólo el 12% en 2014. Finalmente, el porcentaje de hogares donde la persona principal del hogar únicamente cuenta con un empleo inestable constituyen el 12,6% de los hogares atendidos en 2014, lo que supone un 20,3% menos que en 2006 (15,8%) y representa una reducción del 54,7% respecto al porcentaje de este tipo de hogares atendidos en 2010 (27,8%).

**Tabla 7. Evolución de la distribución de la demanda atendida por el sistema de protección económica de la CAE por sexo, edad y nacionalidad de la personas principal del hogar y situación de privación y relación con la actividad del hogar. 2006-2014**

		2006	2010	2014
Sexo	Hombres	49,2	55,5	45,9
	Mujeres	50,8	44,5	54,1
Edad	< 35 años	26,2	20,1	15,1
	35-44 años	19,7	27,7	26,8
	45-54 años	21,7	16,0	19,0
	55-64 años	10,2	13,7	13,2
	65-74 años	9,1	11,3	12,8
	> 75 años	13,1	11,2	13,0
Nacionalidad	Estado	79,8	68,9	75,6
	Otra	20,2	31,1	24,4
Situación de privación	Con privación básica	34,7	44,8	62,7
	Sin privación básica	65,3	55,2	37,3
Relación con la actividad	Alguna ocupada estable	37,6	31,3	12,0
	Alguna ocupada no estable	15,8	27,8	12,6
	Activas, todas paradas	20,7	18,9	41,8
	No activas	25,9	21,9	33,6
<b>Total</b>		<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fuente: EDSS-ENS 2014. Gobierno Vasco. Dpto. de Empleo y Políticas Sociales. OEE.

Desde el punto de vista de las características demográficas de los hogares que perciben una prestación, las principales tendencias observadas son el aumento de la presencia de hogares encabezados por mujeres, personas mayores de 45 años y personas de nacionalidad extranjera.

Los hogares encabezados por mujeres han pasado de representar el 50,8% de los hogares atendidos en 2006, a constituir el 54,1% en 2014. No obstante, en 2010, la mayoría de hogares titulares de una prestación estaban encabezados por hombres (55,5%). Esta fluctuación puede deberse a que gran parte de los empleos destruidos al inicio de la crisis se concentraban en sectores fuertemente masculinizados, dando lugar a una mayor precariedad económica de este tipo de hogares durante ese periodo. El repunte del porcentaje de hogares perceptores encabezados por mujeres en 2014 señalaría



por el contrario la creciente vulnerabilidad económica de este tipo de hogares, que también se reflejaba en el incremento del acceso de este tipo de hogares al sistema de protección económica de la CAE, tal y como se ha explicado en el anterior apartado.

Respecto a la edad, se observa que los hogares encabezados por personas mayores de 45 años han aumentado 3,9 puntos su peso en la composición de la demanda atendida, llegando a representar el 58% de los hogares perceptores en 2014, en comparación con el 54,1% en 2006 y el 52,2% en 2010. No obstante, en 2014, más de uno de cada cuatro hogares titulares de una prestación estaba encabezado por una persona de entre 35 y 44 años de edad (26,8%), siendo ésta la franja de edad que concentra un mayor porcentaje de hogares perceptores. Entre 2006 y 2014, este grupo ha incrementado un 36% su peso relativo en el conjunto de la demanda atendida, ya que, en 2006, sólo representaba el 19,7% de los hogares perceptores de una prestación.

En cuanto a la nacionalidad de la persona que encabeza el hogar, se observa un claro aumento de la presencia de hogares encabezados por personas de nacionalidad extranjera entre 2006 (20,2%) y 2010 (31,1%), seguido de un descenso en 2014 (24,4%) que tiene lugar como resultado del repunte del porcentaje de hogares nacionales atendidos por el sistema de protección económica de la CAE. El peso de los hogares nacionales en la demanda atendida se redujo del 79,8% al 68,9% entre 2006 y 2010, para aumentar hasta el 75,6% en 2014.

#### 4. La atención a las personas dependientes y el acceso a los servicios y prestaciones para el cuidado

**El 5,4% de la población de la CAE tiene una dependencia especial, siendo las mujeres y las personas mayores de 75 años los grupos de población más afectados**

Un 10,9% de la población de la CAE menciona alguna limitación funcional ligada a un problema de salud o edad avanzada en 2014, lo que supone que hay 235.862 personas afectadas por este tipo de situaciones. En un 49,7% de los casos, estas limitaciones dan lugar a una dependencia especial, lo que supone que el 5,4% de las personas que residen en la CAE (un total de 117.340 personas) experimentan algún tipo de dependencia especial. De acuerdo con los datos de la encuesta, un tercio de estas personas se encuentra en una situación de dependencia total o grave (33,9%), el 20,3% tiene una dependencia moderada y el 35,1% se encuentra en una situación de dependencia leve. Las personas consideradas como autónomas constituyen el 9,2% y los menores entre 0 y 5 años con alguna situación de dependencia especial reconocida representan sólo el 1,5% de este colectivo.

**Tabla 8. Incidencia de las situaciones de limitación funcional y dependencia especial entre la población de la CAE y distribución de las situaciones de dependencia especial según grado de dependencia. 2014**

	Valor absoluto	%
<b>Incidencia de la limitación funcional/ dependencia especial en la población de la CAE (% sobre la población total)</b>		
Dependencia especial	117.340	5,4

Limitación sin dependencia especial	118.522	5,5
Alguna limitación o dependencia	235.862	10,9
<b>Distribución de la población con dependencia especial según grado de dependencia (% sobre el grupo de referencia)</b>		
Total o grave	39.801	33,9
Moderada	23.822	20,3
Leve	41.187	35,1
Dependencia especial: autónomo/a	10.788	9,2
Menor 0-5 con dependencia especial	1.741	1,5
Total	117.340	100,0

Fuente: EDSS-ENS 2014. Gobierno Vasco. Dpto. de Empleo y Políticas Sociales. OEE.

En cuanto a los grupos de población más afectados, desde el punto de vista del género, las mujeres presentan una mayor prevalencia de limitaciones funcionales y situaciones de dependencia especial que los hombres. El 11,5% de las mujeres de la CAE están afectadas por algún tipo de limitación, frente al 10,3% de los hombres. Sin embargo, la principal diferencia entre ambos sexos radica en la mayor afectación de las mujeres por las formas de dependencia más severas. Los datos muestran que el 4% de las mujeres de la CAE presenta un grado de dependencia, al menos, moderado, frente al 1,9% de los hombres y que las situaciones de dependencia grave o total afectan al 2,7% de las mujeres de la CAE, pero sólo al 0,9% de los hombres.

En cuanto a la edad, lógicamente, es en los grupos de mayor edad donde se observa una mayor presencia de este tipo de situaciones. Más de cuatro de cada diez personas mayores de 75 años presentan algún tipo de limitación funcional o dependencia especial (45,4%), porcentaje que se sitúa muy por encima del observado para todos los demás grupos de edad (17,1% personas entre 65 y 74 años; 13,7% personas entre 55 y 64 años; 9% personas entre 45 y 54 años). Entre las personas menores de 44 años la prevalencia de este tipo de situaciones no supera, en ningún caso, el 5% de la población de referencia. En cuanto a la incidencia de las situaciones de dependencia más graves, se observa que el 14,9% de las personas mayores de 75 años padece una dependencia total o grave, porcentaje que supera casi ocho veces al que presenta la población entre 65 y 74 años (1,9%), la cual constituye el segundo grupo de edad más afectado por este tipo de dependencia.

**Tabla 9. Población por presencia de situaciones de limitación y/o dependencia especial según sexo, edad y nacionalidad. Año 2014**

		Dependencia especial	Limitación sin dependencia especial	Alguna limitación/Dependencia
Género	Hombre	4,4	5,9	10,3
	Mujer	6,4	5,1	11,5
Edad	< 35 años	1,1	1,4	2,5
	35-44 años	0,6	1,5	2,1
	45-54 años	1,0	2,4	3,4
	55-64 años	2,2	2,8	5,0
	65-74 años	3,5	5,5	9,0
	> 75 años	4,1	9,6	13,7

Nacionalidad	Estado	6,7	10,4	17,1
	Otra	32,4	13,0	45,4
Total		5,7	5,7	11,4

Fuente: EDSS-ENS 2014. Gobierno Vasco. Dpto. de Empleo y Políticas Sociales. OEE.

Dadas esas prevalencias, no resulta extraño comprobar que la mayor parte de las personas afectadas por las situaciones de dependencia son personas maduras o mayores. En efecto, si se analiza la composición de este colectivo en función de sus características demográficas, los resultados de la encuesta muestran que más de la mitad de estas personas son mujeres (54,5%) y que siete de cada diez de estas personas tienen más de 55 años (70,7%). No obstante, las personas mayores de 75 años constituyen, por sí solas, el 37,9% de las personas afectadas. También entre la población con algún tipo de dependencia especial el peso relativo de las mujeres y las personas mayores de 75 años se incrementa a medida que aumenta el grado de dependencia de las personas. Así, las mujeres constituyen 58,5% de las personas con una dependencia moderada y más de tres de cada cuatro personas con una dependencia total o grave (76,1%). Estos porcentajes son casi idénticos para las personas mayores de 75 años, que componen el 58,4% de las personas con dependencia moderada y el 73,7% de las personas con una dependencia total o grave.

**La incidencia de las limitaciones funcionales y de las situaciones de dependencia especial se mantiene estable entre la población de la CAE**

Desde el punto de vista evolutivo, cabe destacar que la incidencia de las situaciones de limitación funcional y dependencia especial entre la población de la CAE sólo ha aumentado tres décimas en el periodo analizado, situándose en un 10,5% en 2006, un 10,8% en 2010 y un 10,9% en 2014. Por lo que respecta únicamente a las situaciones de dependencia especial, se registra un leve descenso en el porcentaje de población afectada, siendo el 5,5%, el 5,7% y el 5,4% de la población de la CAE la que presenta algún grado de dependencia especial en 2006, 2010 y 2014, respectivamente.

**Tabla 10. Población de la CAE por presencia de situaciones de limitación y/o dependencia especial. Años 2006 a 2014**

	2006		2010		2014	
	Absolutos	% vertical	Absolutos	% vertical	Absolutos	% vertical
Dependencia especial	117.584	5,5	124.080	5,7	117.340	5,4
Limitación sin dep. especial	107.931	5,0	112.008	5,1	118.522	5,5
Alguna limitación/dependencia	225.515	10,5	236.088	10,8	235.862	10,9
Sin limitación	1.923.515	89,5	1.945.339	89,2	1.922.267	89,1
Total	2.149.030	100,0	2.181.427	100,0	2.158.129	100,0

Fuente: EDSS-ENS 2006 a 2014. Gobierno Vasco. Dpto. de Empleo y Políticas Sociales. OEE

**El 52,4% de las personas con una situación de dependencia especial no accede a servicios de apoyo externos al hogar, reduciéndose claramente entre 2010 y 2014 el uso de servicios públicos y privados**

Además de identificar el número de personas afectadas por las situaciones de dependencia y analizar la prevalencia de estas situaciones entre los diferentes grupos de población, la ENS analiza los servicios de apoyo que estas personas demandan y utilizan. De acuerdo con los datos de la encuesta, en torno a la mitad de las personas con una situación de dependencia especial dispone de algún recurso de apoyo externo al hogar (47,6%) en 2014<sup>12</sup>. Esta cifra supone un importante descenso respecto al 2010, cuando casi seis de cada diez personas de este colectivo contaba con algún recurso de apoyo para el cuidado (58,9%). Esta disminución se debe, básicamente, a una reducción en el acceso a los servicios particulares de cuidado en el domicilio, cuyo uso ha descendido casi a la mitad entre 2010 (25,6%) y 2014 (16,1%). También se observa un ligero descenso en el acceso a servicios públicos, ya sean centros de día (4,3% en 2010 y 3,2% en 2014) o servicios de atención domiciliaria (12,1% en 2010 y 10,5% en 2014). Desciende también el porcentaje de personas que cuenta con el apoyo de familiares o amigos para atender sus necesidades diarias en ausencia de otros apoyos externos. En 2010, dicho porcentaje era del 18,3% y, en 2014, se sitúa en el 16,9%.

Al margen de la evolución registrada en estos cuatro años, es importante señalar que más de la mitad de las personas en situación de dependencia –y casi el 40% de quienes están en situación de dependencia grave– no reciben más apoyo que el que encuentran en su propio domicilio, en su caso, por parte de la red de atención informal. En el caso de las personas con dependencia grave, sólo el 4% acude a un centro de día público, mientras que el SAD alcanzaría al 15% de esa población. Si bien en muchos casos, como se señala más adelante, estas personas pueden estar recibiendo también prestaciones económicas de atención a la dependencia, lo cierto es que el cuidado externo por parte de agentes públicos o privados no es la fórmula mayoritaria de cuidado, y que, además, se ha reducido en los últimos cuatro años.

---

<sup>12</sup> Es importante señalar que la encuesta sólo tiene en cuenta a las personas que residen en domicilios familiares por lo que ni al calcular la prevalencia de la dependencia ni la respuesta que se le da desde los Servicios Sociales se tiene en cuenta la población residente en centros residenciales.

**Tabla 11. Población con dependencia especial por tipo de atención de las necesidades de la vida diaria y grado de dependencia mixta Barthel/Lawton. Años 2006 a 2014**

Tipo de atención	Grado de dependencia				Total
	Total o grave	Moderada	Leve	Dep. especial: Autónomo	
No recibe ninguna atención	39,7	40,4	65,3	70,9	52,4
Acude a centro de día privado	4,3	1,2	0,0	1,0	1,8
Acude a centro de día público	4,6	4,6	1,5	1,6	3,2
Viene una persona contratada particularmente	18,9	18,0	15,8	3,9	16,1
Viene una persona contratada por la Administración	15,5	10,9	6,3	8,2	10,5
Vienen a casa familiares o amigos	29,7	31,9	12,9	17,6	22,7
Vienen a casa familiares o amigos (en ausencia de otro tipo de cuidados)	20,3	25,2	11,1	10,6	16,9
Está internado	1,3	0,5	0,0	3,9	0,9

Fuente: EDSS-ENS, 2014. Gobierno Vasco. Dpto. de Empleo y Políticas Sociales. OEE. Nota: la suma total de cada columna supera el 100% debido a que una persona puede acceder a más de un tipo de apoyos.

**La cobertura de la demanda de los servicios públicos de cuidado se sitúa en el 92,3% y el 14,4% de las personas con una dependencia especial reconocida hacen uso de estos servicios**

Además de analizar el tipo de atención a las necesidades de la vida diaria que reciben estas personas, la ENS permite también analizar el origen de esas ayudas, lo que permite analizar qué porcentaje de la población con dependencia accede a recursos de cuidado públicos. Es importante recordar en todo caso, como se acaba de señalar, que la Encuesta de Necesidades Sociales únicamente tiene en cuenta a la población dependiente que reside en domicilios particulares, de modo que, a la hora de evaluar el acceso de las personas con dependencia especial a los servicios de cuidado del sistema público de servicios sociales, sólo se incluyen en el análisis los servicios utilizados por esta población, es decir, la ayuda a domicilio, los centros de día u ocupacionales, la teleasistencia, la estancia temporal en residencia y los servicios de vivienda comunitaria o residencia.

De acuerdo con los datos de la encuesta, en 2014, el 6,5% de hogares de la CAE demandó algún servicio público de cuidado en los doce meses anteriores a la fecha de encuestación y el 6% de los hogares accedió al servicio solicitado. Esto sitúa la cobertura de la demanda en el 92,3%, 2,9 puntos por encima de la cifra alcanzada en 2010 (89,4%). Es importante remarcar, sin embargo, que ello se debe a un descenso de la demanda y no a un incremento en el volumen de servicios prestados. En 2010, fueron atendidos un total de 53.788 hogares, una cifra ligeramente superior a la observada en la encuesta de 2014 (52.258 hogares). De hecho, el porcentaje de hogares atendidos ha descendido en estos cuatro años del 6,6% al ya señalado 6%.

En cuanto al acceso a los servicios de cuidado de las personas con una dependencia especial, se constata que sólo el 14,4% de estas personas hace uso de los servicios públicos de atención a personas dependientes. Entre las personas con una dependencia total o grave, algo más de dos de cada

diez personas accede a ellos (21,5%), siendo el porcentaje inferior para todos los demás grupos de dependencia especial.

**Tabla 12. Tasa de acceso y distribución de la demanda atendida por los servicios públicos de cuidado de la CAE, según grado de dependencia especial reconocida. 2014**

Grado de dependencia	Tasa de acceso	Distribución vertical
Total o grave	21,5	50,5
Moderada	16,0	22,5
Leve	7,8	19,0
Grado de dependencia especial (autónomos)	12,6	8,0
Grado de dependencia especial (menores de 6 años)	0,0	0,0
Total	14,4	100,0

Fuente: EDSS-ENS, 2014. Gobierno Vasco. Dpto. de Empleo y Políticas Sociales. OEE.

Si se analiza el acceso a los servicios públicos de atención a la dependencia desde el punto de vista de las características demográficas de las personas atendidas, se observa que uno de cada diez hogares encabezados por mujeres accede a un servicio de cuidado para personas dependientes (10,7%), frente al 3,8% de los hogares encabezados por hombres. Además, uno de cada cuatro hogares donde la persona principal del hogar es mayor de 75 años cuenta con algún servicio de cuidado (27%), porcentaje que se sitúa muy lejos del 5% de los hogares encabezados por personas entre 65 y 74 años que hacen uso de los servicios de cuidado y que representan el siguiente grupo de edad con una mayor intensidad de demanda. Estos datos concuerdan con la mayor prevalencia que las situaciones de dependencia especial y sobre todo, sus manifestaciones más graves, tienen entre las mujeres y las personas mayores de 75 años.

Lógicamente, la demanda y el acceso a los servicios públicos de cuidado está determinada también por la gravedad de las situaciones de dependencia a las que se debe hacer frente en los hogares, así como el número de personas dependientes que son atendidas en cada hogar. Los resultados de la ENS muestran que los hogares con un mayor acceso a los servicios públicos de cuidado son los que atienden a dos o más personas dependientes con un grado de dependencia, al menos, moderado, de los cuales, más de siete de cada diez accedió a estos servicios en 2014 (78,1%). Este porcentaje es bastante menor para los hogares donde se atiende a una sola persona dependiente con un grado de dependencia igual o superior a la dependencia moderada, de los cuales sólo el 45,1% cuenta con algún servicio público de cuidado. Finalmente, algo menos de tres de cada diez (28,6%) hogares donde se atiende a dos o más personas dependientes con un grado de dependencia inferior a la dependencia moderada accede a los servicios públicos de cuidado y sólo el 3% de los hogares donde está presente alguna persona con otro tipo de limitación funcional cuenta con este tipo de servicios.

Finalmente, cuando se analiza la composición de la población que efectivamente accede a los servicios públicos de cuidado, se observa que el 50,5% de las personas atendidas presentan una dependencia total o grave, porcentaje que duplica al de las personas con dependencia moderada, que constituyen el 22,5% de las personas usuarias. Las personas con un grado de dependencia leve repre-

sentan el 19% de las personas atendidas y la población autónoma, el 8%. Desde el punto de vista demográfico, se constata que el 55,8% de los hogares que acceden a estos servicios están encabezados por una mujer y el 86,4% por una persona mayor de 65 años. Los hogares donde la persona principal del hogar tiene más de 75 años representan el 72,5% de los hogares atendidos y los hogares encabezados por personas de entre 65 y 74 años de edad constituyen el 13,9%.

***Aumenta el acceso a las ayudas económicas del Sistema de Atención a la Dependencia (SAAD), que perciben el 22,6% de los hogares donde reside alguna persona con dependencia especial***

Como se ha dicho anteriormente, el hecho de que las personas con dependencia no reciban cuidados públicos o privados externos no implica que estas personas estén desatendidas, ya que puedan estar siendo atendidas por personas que conviven con ellas y/o percibir prestaciones económicas del sistema de atención a la dependencia (SAAD).

De acuerdo con los datos de la ENS, el 3% (26.505 hogares) de los hogares de la CAE accedió a una ayuda económica del Sistema de Atención a la Dependencia (SAAD) en los doce meses anteriores a la fecha de encuestación en 2014. Esto representa una mejora respecto al volumen de demanda atendida en 2010, cuando el 2,6% de los hogares (21.256 hogares) tuvo acceso a una ayuda económica de este tipo. Si únicamente se tiene en cuenta a los hogares en los que reside alguna persona con dependencia especial, se constata que las ayudas económicas llegan al 22,6% de este tipo de hogares y a una de cada cuatro personas con una dependencia especial (25,6%). También este indicador muestra una mejora respecto al 2010, cuando sólo dos de cada diez personas con dependencia especial accedía a este tipo de ayudas (20,7%).

Como ya se ha dicho, los resultados de la ENS muestran que una de cada cuatro personas con una situación de dependencia especial reconocida accede a las ayudas económicas del SAAD (25,6%). No obstante, este acceso es más o menos intenso en función del grado de dependencia de las personas. Así, algo menos de la mitad de las personas con una dependencia total o grave residen en un hogar que es titular de una ayuda económica para personas dependientes (47,6%), frente al 20,7% de las personas con una dependencia moderada y sólo el 12,5% de las personas con una dependencia leve. Entre la población autónoma sólo el 3,2% accede a este tipo de ayudas. Si se atiende a la evolución de las tasas de acceso de cada colectivo entre 2010 y 2014, se observa que, todos los grupos, a excepción de la población autónoma, ven mejorado su acceso al sistema de ayudas económicas. Las personas con una dependencia total o grave son las que más incrementan su tasa de acceso, que aumenta 10,7 puntos entre 2010 (36,9%) y 2014 (47,6%). El siguiente colectivo más beneficiado es el de las personas con dependencia moderada (13,6% en 2010 y 20,7% en 2014), seguido de las personas con dependencia leve (8,5% en 2010 y 12,5% en 2014).

**Tabla 13. Evolución de la tasa de acceso y de la distribución de la demanda atendida de las ayudas económicas del sistema de atención a la dependencia (SAAD), según grado de dependencia de la población con una situación de dependencia especial. 2010-2014**

Grado de dependencia especial	2010		2014	
	Tasa de acceso	% vertical	Tasa de acceso	% vertical
Total o grave	36,9	68,8	47,6	63,2
Moderada	13,6	10,4	20,7	16,4
Leve	8,5	15,0	12,5	17,1
Grado de dependencia especial (autónomos)	10,2	3,5	3,2	1,2
Grado de dependencia especial (menores de 6 años)	29,3	2,2	36,3	2,1
Total	20,7	100,0	25,6	100,0

Fuente: EDSS-ENS, 2014. Gobierno Vasco. Dpto. de Empleo y Políticas Sociales. OEE.

Si se analiza el acceso de los hogares a las ayudas económicas del SAAD en función de las características demográficas de las personas que los encabezan, se observa que el 3,7% de los hogares donde la persona principal del hogar es una mujer accede a este tipo de ayudas, frente al 2,2% de los hogares encabezados por hombres. En cuanto a la edad, dadas sus mayores tasas de dependencia, los hogares encabezados por personas mayores de 75 años son los que presentan un mayor acceso a las ayudas económicas (8%), seguidos de los hogares donde la persona principal del hogar tiene entre 65 y 74 años de edad (4,3%). Este tipo de hogares mejoran su acceso a estas ayudas económicas con relación al 2010, cuando el 7,6% y el 3% de los hogares encabezados por personas mayores de 75 años y personas entre 65 y 74 años de edad, respectivamente, accedieron a una ayuda económica para personas dependientes.

**Tabla 14. Evolución de la tasa de acceso y de la distribución de la demanda atendida de las ayudas económicas del sistema de atención a la dependencia (SAAD), según características demográficas de los hogares atendidos y número de personas dependientes atendidas en el hogar. 2010-2014. (% hogares de la CAE)**

Características de los hogares atendidos		2010		2014	
		Tasa de acceso	% vertical	Tasa de acceso	% vertical
Sexo	Hombres	2,2	62,7	3,0	67,5
	Mujeres	3,7	37,3	3,2	32,5
Edad	< 35 años	0,3	0,9	0,2	0,6
	35-44 años	0,1	0,8	0,5	3,3
	45-54 años	1,2	9,1	2,5	17,2
	55-64 años	3,1	20,1	2,2	13,4
	65-74 años	3,0	17,0	4,3	23,4
	> 75 años	7,6	52,2	8,0	42,0
Personas atendidas en el hogar	Dos o más con dependencia al menos moderada	43,1	8,1	50,7	3,8
	Dos o más con dependencia especial, otros casos	23,0	8,3	30,6	8,7



	Una con dependencia al menos moderada	28,0	72,6	36,0	73,7
	Otras limitaciones	0,3	11,1	0,4	13,8
<b>Total</b>		<b>2,6</b>	<b>100,0</b>	<b>3,0</b>	<b>100,0</b>

Fuente: EDSS-ENS, 2014. Gobierno Vasco. Dpto. de Empleo y Políticas Sociales. OEE.

En cuanto al número de personas atendidas en el hogar, nuevamente, son los hogares con mayores cargas de cuidado los que logran acceder en mayor medida a las ayudas económicas del SAAD. En 2014, más de la mitad de los hogares que atienden a dos o más personas con un grado de dependencia moderada cobró una ayuda económica para personas dependientes (50,7%), así como más de un tercio de los hogares que atienden a una única persona dependiente con una dependencia, al menos, moderada (36%). Finalmente, algo más de tres de cada diez hogares que atienden a dos o más personas dependientes con otro tipo de situaciones de dependencia especial, obtuvo una ayuda económica para el cuidado de personas dependientes en 2014 (30,6%). Cabe destacar que todos estos hogares ven incrementado entre 7 y 8 puntos porcentuales su acceso a las ayudas económicas del SAAD con relación al 2010.

Finalmente, en lo que respecta a la composición de la demanda atendida, el 67,5% de los hogares que cobra una ayuda económica para el cuidado de personas dependientes está encabezado por un hombre (lo cual no quiere decir que la persona que causa el derecho a la prestación sea un hombre), más de cuatro de cada diez por personas mayores de 75 años (42%) y el 23,4% por personas entre los 65 y los 74 años de edad. En cuanto al número de personas dependientes atendidas en el hogar, más de siete de cada diez hogares atendidos únicamente cuida a una persona dependiente con un grado de dependencia, al menos, moderada (73,7%) y el 13,8% de las ayudas se dirigen a hogares en los que reside una sola persona dependiente con un grado de dependencia inferior a la dependencia moderada. En cuanto al grado de dependencia de las personas atendidas, se observa que más de seis de cada diez personas tiene una dependencia total o grave (63,2%), el 17,1% presenta una dependencia leve y el 16,4% una dependencia moderada.

***Tras incrementarse entre 2006 y 2010, la demanda de servicios de cuidado para personas dependientes se mantiene estable durante el periodo analizado, al caer la demanda en 2014***

¿Cómo ha evolucionado desde 2006 la demanda de servicios de cuidado para personas dependientes? La demanda de este tipo de servicios registra un aumento importante entre 2006 y 2010, coincidiendo con la puesta en marcha del Sistema de Atención a la Dependencia (SAAD). En ese periodo, el porcentaje de hogares demandantes se incrementa casi un punto, pasando del 6,5% de los hogares de la CAE en 2006, al 7,4% en 2010. Esta demanda cae en 2014 hasta situarse nuevamente en el 6,5%, es decir, en el mismo nivel observado en 2006.

Por lo que respecta al porcentaje de hogares atendidos, los datos muestran que, en 2006, el 5,9% de los hogares de la CAE accedió a algún tipo de servicio de cuidado, porcentaje que se incrementó hasta el 6,6% en 2010 y que ha descendido nuevamente en 2014, cuando sólo el 6% de los hogares de la CAE hizo uso de los servicios públicos de cuidado a personas dependientes en los doce meses previos a la fecha de encuestación.

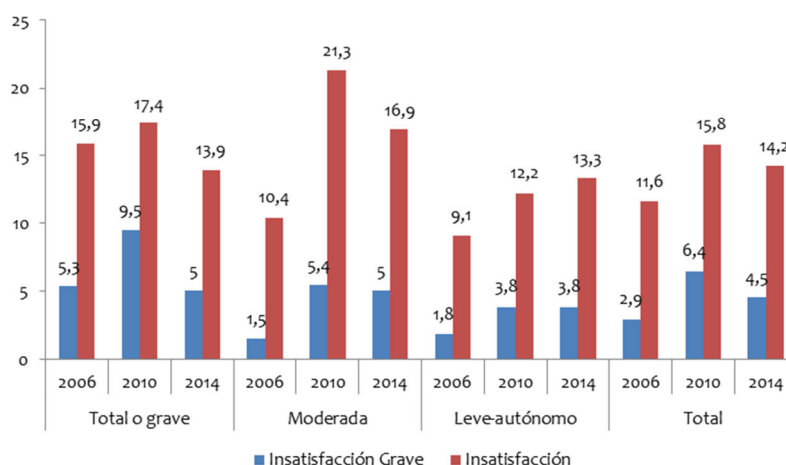
Respecto a la cobertura de la demanda, se observa una relativa estabilidad a lo largo del periodo analizado, respondiendo el sistema al 90% de la demanda formulada en 2006 y 2010 y al 92,3% en 2014. La cantidad de hogares atendidos ha sido de 46.220 en 2006, 53.788 en 2010 y 52.258 en 2014.

**Aumenta el nivel de satisfacción de las personas dependientes respecto a la cobertura de sus necesidades en la vida diaria entre 2010 y 2014, aunque se constata un empeoramiento con relación a 2006**

Es también importante señalar que entre 2006 y 2014 se observa un descenso en los indicadores de satisfacción de las personas con dependencia especial respecto a la forma en que cubren sus necesidades de la vida diaria. En 2006, algo más de una de cada diez personas con una situación de dependencia especial señalaba estar insatisfecha con la cobertura de sus necesidades (11,6%), pero sólo el 2,9% de las personas señalaba que sus problemas incidían en aspectos graves o muy graves de su vida diaria. En 2010, se registran los mayores niveles de insatisfacción del periodo analizado, con un incremento de 4,2 puntos en el porcentaje de personas que muestran algún grado de insatisfacción (15,8%) y un importante aumento de las situaciones de insatisfacción grave o muy grave, que llegan a duplicarse entre 2006 y 2010 (6,4%).

En 2014, los indicadores mejoran nuevamente, pero sin llegar a alcanzar los niveles mínimos observados en 2006. En 2014, el 14,2% de las personas con una situación de dependencia especial muestra algún grado de insatisfacción y el 4,5% afirma que dicha insatisfacción tiene lugar en aspectos graves o muy graves de la vida diaria. La insatisfacción es especialmente elevada entre las personas con dependencia moderada, de las cuales, en 2014, el 16,9% señala algún tipo de insatisfacción y el 5% presenta una insatisfacción grave con relación a la cobertura de sus necesidades en la vida diaria.

**Gráfico 4. Población de la CAE con dependencia especial que muestra insatisfacción respecto a la cobertura de las necesidades de la vida diaria y grado de dependencia. 2006-2014. (en % de cada grupo)**



Fuente: EDSS-ENS 2006 a 2014. Gobierno Vasco. Dpto. de Empleo y Políticas Sociales. OEE.

**Desciende ligeramente el porcentaje de personas cuidadoras, así como el porcentaje de hogares que realiza gastos extraordinarios para financiar servicios de cuidado a personas dependientes**

Además de conocer cuál es la atención y el apoyo que reciben las personas dependientes, la ENS también analiza el impacto que el cuidado de personas dependientes tiene sobre los hogares de la CAE. Para ello, considera dos dimensiones de análisis. Por un lado, recoge los servicios de cuidado proporcionados en el propio hogar por familiares o personas cercanas a la persona dependiente y, por otro lado, considera la compra de servicios de cuidado y la asunción de otros gastos derivados del cuidado de personas dependientes por parte de los hogares.

La ENS considera población cuidadora a la persona del hogar que asume de forma principal el cuidado de una persona dependiente residente en el hogar. La encuesta muestra que, entre 2006 y 2014, se reduce un 9,1% el porcentaje de población de la CAE de 15 o más años que asume el papel de cuidador/a principal de una persona dependiente con la que convive. Dicho porcentaje era del 4,4% (82.083 personas) en 2006 y es del 4% (73.230 personas) en 2014. Aunque este decremento no es muy acusado, sí que se observa un importante descenso con relación a la cifra alcanzada en 2010, cuando el 5,3% (97.227 personas) de la población de 15 o más años manifestó que asumía el papel de persona cuidadora de una persona dependiente de su hogar.

En cuanto a los cambios en el perfil sociodemográfico de las personas que asumen el rol de cuidador/a principal, se observa que se reduce el porcentaje de personas dedicadas al cuidado para casi todos los grupos de población, con la única excepción de las personas de 65 a 74 años de edad, grupo en el que la proporción de personas cuidadoras se mantiene prácticamente estable entre 2006 (7,3%) y 2014 (7,2%), y la población mayor de 75 años, que incrementa en un 17% su dedicación al cuidado entre 2006 (5,3%) y 2014 (6,2%). Durante este periodo, las caídas más significativas corresponden a las mujeres (de 4,9% a 4,1%) y las personas menores de 65 años, especialmente, las personas entre 35 y 44 años (de 3,4 a 2,3%) y las personas entre los 25 y los 34 años (2,2% a 1,2%).

**Tabla 15. Evolución de las características sociodemográficas de la población cuidadora de 15 o más años por sexo, edad y nacionalidad. 2006-2014**

Características de la población cuidadora		Incidencia		
		2006	2010	2014
Sexo	Hombres	4,0	4,6	3,8
	Mujeres	4,9	5,9	4,1
Edad	15-24 años	2,2	1,4	1,7
	25-34 años	2,2	2,6	1,2
	35-44 años	3,4	4,0	2,3
	45-54 años	6,0	6,7	4,9
	55-64 años	5,9	8,4	4,8
	65-74 años	7,3	6,6	7,2
	> 75 años	5,3	7,4	6,2
Nacionalidad	Estado	4,6	5,5	4,1
	Otra	1,6	1,7	1,2
<b>Total</b>		<b>4,4</b>	<b>5,3</b>	<b>4,0</b>

Fuente: EDSS-ENS 2006 a 2014. Gobierno Vasco. Dpto. de Empleo y Políticas Sociales. OEE.

Por lo que respecta al esfuerzo económico que los hogares deben realizar para sufragar el coste de los servicios de cuidado a personas dependientes, se observa que el porcentaje de hogares de la CAE que incurre en gastos extraordinarios por este motivo ha descendido progresivamente entre 2006 (10%), 2010 (9,6%) y 2014 (8,4%), aunque es entre 2010 y 2014 cuando tiene lugar un descenso más pronunciado. No obstante, la ENS muestra que, aunque en el periodo analizado se reduce el porcentaje de hogares de la CAE que debe asumir este tipo de costes, también tiene lugar un aumento del impacto económico que estos gastos tienen sobre la economía de los hogares que sí asumen gastos extraordinarios para sufragar el coste de los cuidados a personas dependientes. En 2014, más de un tercio de estos hogares realizó recortes en gastos de ocio (35%), lo que supone un 21,5% más que en 2006 (28,8%). Por otro lado, casi dos de cada diez hogares debe recortar también en gastos básicos del hogar para hacer frente a este tipo de gastos. En este último caso, se observa un aumento del 55,3% en el porcentaje de hogares afectados entre 2010 (12,3%) y 2014 (19,1%), tras haberse producido un cierto descenso en el porcentaje de hogares afectados entre 2006 (15,8%) y 2010.

