

LA EVOLUCIÓN DE LA ESTRUCTURA BÁSICA DE SERVICIOS SOCIALES EN LA COMUNITAT VALENCIANA¹

TREINTA AÑOS EN EL ÁREA METROPOLITANA DE VALENCIA

FRANCESC XAVIER UCEDA I MAZA
 M.^a DOLORES PITARCH GARRIDO
 JOSEP VICENT PÉREZ COSÍN
 RAMON ROSALENY I CASTELL

*INSTITUT INTERUNIVERSITARI DE DESENVOLUPAMENT LOCAL
 UNIVERSITAT DE VALÈNCIA*

Recepció: mayo 2012; aceptació: noviembre 2012

R E S U M E N

EL SISTEMA DE SERVICIOS SOCIALES CONSTITUYE EL IV PILAR DEL ESTADO DEL BIENESTAR. ES FUNDAMENTAL SU CONSOLIDACIÓN PARA LA CIUDADANÍA EN UNA SOCIEDAD CADA VEZ MÁS VULNERABLE POR LOS CAMBIOS EXPERIMENTADOS EN LAS SOCIEDADES POSTMODERNAS. ES UN SISTEMA MUY JOVEN, QUE SE HA DESARROLLADO EXTRAORDINARIAMENTE EN TREINTA AÑOS, SIN EMBARGO ADOLECE DE NUMEROSAS DEBILIDADES. EN ESTE ARTÍCULO ANALIZAMOS SU DESARROLLO Y LA SOSTENIBILIDAD SOCIAL, MEDIDA EN RATIOS PROFESIONALES, COBERTURA Y ACCESIBILIDAD SOCIAL.

PALABRAS CLAVE:

SERVICIOS SOCIALES, SOSTENIBILIDAD SOCIAL, ACCESIBILIDAD, RATIOS PROFESIONALES, COBERTURA

1. INTRODUCCIÓN

Los Servicios Sociales Personales² en España se han desarrollado en los últimos treinta años, ad-

quiriendo identidad suficiente para ser reconocidos como un instrumento fundamental de nuestro Estado del Bienestar. Nuestro modelo de Bienestar, se

¹ El presente artículo se ha elaborado en el marco del proyecto de investigación financiado por el Plan Nacional de I+D+I del Ministerio de Economía y Competitividad titulado: *Sostenibilidad ambiental y social en espacios metropolitanos. El caso del Área Metropolitana de València* (CSO2010-20481).

² La matización que hacemos responde a la gran dispersión de conceptos que se integran dentro del término servicios sociales, potencialmente todo servicio dirigido al bienestar no recogido entre los tres sistemas básicos: educación, salud y pensiones, se integra en el imaginario social dentro de lo que se conoce como servicios sociales. Los servicios sociales personales, son un conjunto de programas y servicios dirigidos a las personas para garantizar su supervivencia, protección y emancipación social. Se agrupan en dos grandes tipologías generales o comunitarios, y especializados. Nos centraremos en los primeros (servicios sociales comunitarios) por ser la puerta de entrada al sistema, y por su centralidad en el ámbito local. Aunque por extensión, en este artículo, y dada nuestra cercanía al ámbito competencial del Trabajo Social, utilizaremos el genérico servicios sociales como equivalente a servicios sociales personales.

desarrolla, al igual que en Europa, a partir de los Sistemas de Protección Social surgidos del Pacto Social capital-trabajo/Estado, cuya expresión más significativa son los Sistemas de Seguridad Social (Bueno Abad, 1992). Los conflictos sociales que caracterizaron los últimos años de la dictadura, la presión democrática, la crisis económica y el auge de las clases medias han sido identificados como los factores que propiciaron el desarrollo del Estado de Bienestar, durante la transición democrática en España, desde finales de los años setenta hasta la actualidad (Raya, 1997).

Los Servicios Sociales Comunitarios o Generales son la expresión más cercana que tiene la ciudadanía para garantizar el acceso a sus derechos sociales. Son la parte más representativa de las políticas sociales en el ámbito local, aunque nunca han gozado de un estatuto propio y por ese mismo motivo, según los territorios en donde los analicemos, vamos a encontrarnos con estructuras diferentes, según los servicios y programas que los integran.

Junto al proceso democratizador de las instituciones se produce el desarrollo de los Servicios Sociales,³ configurando el sistema de cobertura pública más joven del Estado Español. Comienzan a construirse sobre la base de la teoría de la necesidad, lo que explica en un primer momento, su carácter residual que viene a paliar los fallos, carencias, desajustes y exclusiones que provocan el resto de sistemas que configuran la política social (Belis y Moreno, 2002). En la actualidad es uno de los cuatro pilares del Estado del Bienestar Social, junto con el sistema de pensiones, sanidad y educación. Es de plena competencia autonómica, por tanto no existe un marco estatal que lo defina, a diferencia de los otros sistemas, descentralizados de una forma o de otra pero siempre con una legislación básica estatal, es decir, es el único sistema donde no hay una cartera de servicios mínimos definida que establezca la extensión e intensidad de protección, lo que supone grandes desigualdades territoriales (Uceda, 2011).

³ En adelante SS. SS.

⁴ Coincidimos con Casado y Fantova cuando señalan que «el nivel de atención especializada no debe absorber el grueso de la demanda que plantean las clases sociales de usuarios con alguna circunstancia especial (problemas familiares, infancia, discapacidad, etc.) sino que debe seguir un criterio minimalista o subsidiario respecto a la atención primaria» (2007: 29).

En este sistema, la administración local ejerce amplias competencias, por tanto, es fundamental la armonización entre las Corporaciones Locales y las Comunidades Autónomas. Generalmente, se organizan en SS.SS. de Atención Primaria (dependencia local) y Especializados (dependencia autonómica). Los primeros constituyen la estructura básica del sistema público de SS.SS., siendo su finalidad conseguir unas mejores condiciones de vida de la población mediante una atención integrada y polivalente. Los segundos deben entenderse como aquellos que requieren el desarrollo de una atención específica (nivel secundario) a usuarios/as con circunstancias especiales.⁴ En este sentido se constituye un *sistema público para la garantía universal de derechos sociales* (Khan y Kamerman, 1987), dentro de las nuevas estrategias del bienestar social que se conceptualiza como:

«La rama de actividades denominadas Servicios Sociales tiene como objetivo inmediato el bienestar individual para el presente y para el futuro, que procura sobre todo mediante la ayuda personal polivalente, al servicio de la cual provee prestaciones individuales y otras actividades, ambas de carácter técnico (no monetarias desvinculadas), formalizadas en algún lado y producidas y dispensadas mediante diversos regímenes institucionales» (Casado y Fantova, 2007: 36).

Su definición como sistema público, no excluye la participación de la iniciativa social (asociaciones no lucrativas y fundaciones) y de empresas comerciales, etc., sino que hace hincapié en la responsabilidad pública en la ordenación, planificación y gestión del sistema. Fruto de nuestra historia, de la organización administrativa y competencial en España, así como de decisiones políticas en el sistema de SS.SS. actuales, confluyen diferentes estructuras e iniciativas: a) Servicios Sociales de la Seguridad Social; b) Servicios Sociales autonómicos y locales; c) el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia; d) las Rentas

Mínimas y e) Programas para situaciones especiales (apoyo a familias, inmigración, mujer, etc.). Como se puede observar, es un sistema complejo, que precisa de gobernanza multinivel (nivel primario y secundario), colaboración entre las administraciones públicas (Corporaciones Locales, Comunidades Autónomas y Administración General del Estado)⁵ y cooperación social (asociaciones y fundaciones, empresas, etc.) para su consolidación como cuarto pilar del Estado del Bienestar (Subirats, 2007).

El único elemento vertebrador de este conjunto diferenciado de SS.SS. personales, es el llamado Plan Concertado de Prestaciones Básicas (De las Heras, 1986), que desde finales de los años ochenta se convirtió en el tronco común de todas las estructuras básicas del sistema a nivel local. Las peculiaridades y las diferencias entre municipios, provincias y comunidades autónomas son evidentes. Nuestro artículo se centra en las evidencias que este sistema de SS.SS. comunitarios ha desarrollado a lo largo de estos treinta años en los municipios del área metropolitana de Valencia.

2. EVOLUCIÓN DE LOS SS.SS. EN ESPAÑA

Dentro del conjunto de los derechos humanos se acepta comúnmente la existencia de un subconjunto, el de los *derechos sociales*, que forman parte de la denominada segunda generación de derechos humanos. Se distinguen de los derechos civiles y políticos por su carácter prestacional, es decir, el hecho de que el ejercicio del derecho se traduce, necesariamente, en el uso o disfrute, por parte de la persona, de un recurso o servicio. Es clave su accesibilidad, que depende de: «a) la declaración, enmarque o forma del derecho; b) los procesos, procedimientos y programas instituidos y los recursos puestos a disposición para hacer efectivos los derechos sociales y c) la situación de (incluidas las capacidades y recursos disponibles para) las y los potenciales reclamantes de los derechos.» (Fantova, 2008: 23). En este sentido los derechos sociales han de estar enmarcados en una política social, un siste-

ma de protección social, etc. que viabilicen su concreción, pues responden a necesidades que, en un determinado contexto social, hemos definido como protegibles para las personas de una colectividad. A ello responden los sistemas de protección social y en especial el que nos ocupa, es decir, los SS.SS.

Desde esta perspectiva a nivel normativo internacional quedan encuadrados en la *Declaración Universal de los Derechos Humanos*, aprobada en 1948 por la Asamblea General de las Naciones Unidas. Y en el marco europeo, en la Carta Social de 1961 que recoge en su artículo 14 el *derecho a los beneficios sociales de los servicios sociales*, actualizados en la Carta de los Derechos Fundamentales (firmada el 13 de diciembre de 2007 por los 27 estados miembros). Respecto al Estado Español, la Constitución aprobada por el pueblo español en 1978 define a España como un estado social y democrático de derecho. Un estado, que además de garantizar los derechos y libertades civiles y democráticas, se compromete con la garantía de derechos sociales a toda la ciudadanía.

El texto constitucional no contempla de forma directa los SS.SS. (expresión sólo utilizada en el artículo 50 cuando se refiere a la protección de la tercera edad), aunque en su articulado se recoge la protección a la familia y la infancia, a las personas con minusvalías, a las minorías y a la anteriormente mencionada tercera edad. La asistencia social aparece señalada en el artículo 148.1.20, como una de las competencias que pueden asumir las CC.AA., por lo que, de alguna manera, desde este artículo se produce la conformación de ese nuevo sistema, de naturaleza descentralizada, política y administrativamente, en las CC.AA.

No obstante, aunque con la Constitución se produce un avance decisivo en las políticas sociales y obviamente en los SS.SS., no se consolida un sistema de protección social en este tema, que sí se producirá gracias al impulso de las CC.AA y las CC.LL. (Gutiérrez Resa, 2001). Fundamental fue la aprobación de la Ley 7/1985 de Bases de Régimen Local, que establece la obligatoriedad,⁶ por parte de

⁵ En adelante CC.LL (Corporaciones Locales), CC.AA (Comunidades Autónomas) y AGE (Administración General del Estado).

⁶ Los Ayuntamientos podían no prestarlos pues la ley incluía la posibilidad de solicitar a las CC.AA la correspondiente dispensa de la obligación (Art. 36.1).

los ayuntamientos, de prestar SS.SS. y de promoción y reinserción social en los municipios⁷ de más de 20.000 habitantes, aunque no se especifique el contenido de las prestaciones, figuras profesionales, ratios... dado que ello se deja a la legislación de las CC.AA. A las Diputaciones Provinciales se les asignaron competencias de coordinación, asistencia y acción supramunicipal. Asimismo, constituyen hitos de la época la aprobación de la Ley de Integración Social de los Minusválidos (LISMI),⁸ la Ley de las pensiones no contributivas⁹ y la puesta en marcha del Plan Concertado de Prestaciones Básicas, auténtica estructura básica del sistema que hoy conocemos.

El Plan Concertado se fundamenta en cuatro compromisos: gestión, cofinanciación, colaboración técnica e información. Define las prestaciones básicas (información y orientación, ayuda a domicilio, alojamiento y prevención de la marginación e inserción social) y los equipamientos prioritarios (centros de SS.SS, albergues y centros de acogida). Actúa como base de la subvención y el reparto de financiación entre las tres administraciones públicas (local, regional y nacional), de forma que a cada una de ellas se le asigna un tercio del presupuesto destinado para su desarrollo, es decir, una equidad financiera entre los tres niveles de responsabilidad pública de un sistema que garantiza el acceso a los derechos básicos de ciudadanía. Adquiere gran relevancia, pues a los tres años de su puesta en mar-

cha triplica el número de centros y de personas que trabajan en los mismos (Linares y Marín, 1992). De hecho, en el año 1988 son 247 los municipios acogidos al Plan, con un índice de cobertura del 3,22%, en el año 1990 alcanzan a 6.256 municipios con el 81,44% de cobertura y en la actualidad el grado de cobertura es del 97,36% y 7.402 municipios, es decir es un sistema presente en todo el territorio del Estado (Plan Concertado, 2009-2010:18).

Entre 1982 (País Vasco) y 1992 (Cantabria), todas las CC. AA promulgaron leyes de acción social y/o SS.SS. con objetos materiales bastante homogéneos. Así mismo, en el curso de 1983 y 1984 el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social preparó un borrador de Ley Nacional de Servicios Sociales¹⁰ con voluntad de configurar el marco general para el conjunto del Estado Español; ésta fracasó¹¹ por la velocidad con que se anticiparon algunos gobiernos autonómicos para dotarse de una legislación propia.

En la última década se han aprobado nuevas leyes autonómicas de SS.SS., con una tendencia hacia el reconocimiento del derecho subjetivo. En esta situación se hallan las CC.AA de: Asturias, Aragón, Illes Balears, Cantabria, Catalunya, Navarra y País Vasco; y aquellas otras que siguen moviéndose en el ámbito de las prestaciones no garantizadas: Canarias, Castilla La Mancha, Castilla y León, Extremadura, C. Valenciana, Murcia, Madrid, Galicia y La Rioja. Este hecho no es baladé, pues que

⁷ En realidad ya la Ley 41/1975, de 19 de noviembre, de Bases del Régimen Local asignaba capacidad y competencia en materia de asistencia social a los municipios y a las provincias, que a su vez derivaba de la Ley General de Beneficencia de 1849, por lo que cabe colegir que no es una innovación del momento y en parte aquí yace la explicación de las competencias locales en el sistema.

⁸ Ley 13/1982, de Integración Social de los Minusválidos. Esta ley de consenso, posicionó a las personas con discapacidad en los parámetros de los derechos universales reconocidos en la Constitución.

⁹ Ley 26/1990, de 20 de diciembre. Con ella se extinguen la Ley de 1961 (FAS) y parcialmente la LISMI (1982) en cuanto a garantía de ingresos y se introduce la prestación por hijo a cargo con discapacidad para las unidades familiares de bajos ingresos.

¹⁰ El borrador de la Ley preveía la integración de los SS.SS. en la Seguridad Social. De este modo se disponía de base competencial de la administración central, toda vez que la constitución reserva al estado la normativa básica y el régimen económico de la Seguridad Social. Sus objetivos eran: garantizar la asistencia y prestaciones suficientes ante situaciones de necesidad, regular las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en su derecho al bienestar social y conseguir la unificación de los SS.SS., dispersos entre distintas entidades públicas dentro de cada nivel territorial. (Casado y Fantova, 2007: 129).

¹¹ Un elemento importante fueron los conflictos positivos de competencia que promovió la Xunta de Galicia. El Tribunal Constitucional en su sentencia 148/86, de 25 de diciembre, consideró que no había conflicto de competencia puesto que en el ámbito de la acción social existía concurrencia o complementariedad de intereses y competencias.

los SS.SS. se enmarquen en el ámbito del *derecho subjetivo* supone un cambio de relación entre los ciudadanos y la administración proveedora de servicios. Ello implica un cambio de procedimiento y de metodología, así como de conciencia ciudadana, es decir, los SS.SS. son exigibles ante el orden jurisdiccional (como el derecho a la educación o a la salud). Sin embargo, continuar en el ámbito asistencial supone que se encuentran sujetos a limitaciones presupuestarias, organizativas y valorativas sobre su conveniencia o no, es decir, se basan en la discrecionalidad que se acusaba precisamente al marco de beneficencia y asistencia social, hecho que la administración repite hasta la saciedad que está superado.¹² Finalmente, a nivel estatal, la aprobación de la Ley de la Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (la conocida como *ley de Dependencia*) en el año 2006 supone un salto cualitativo en la protección social en España. Se crea el Sistema para la Atención a la Autonomía y Dependencia¹³ en el que participan todas las administraciones públicas y cuya finalidad principal, según su preámbulo, es *garantizar unas condiciones básicas y el establecimiento de un derecho subjetivo*. El Sistema nace con la vocación de integración en los SS.SS. existentes (autonómicos y locales), de hecho se concibe como una red de utilización pública que comprende centros y servicios (art. 6.2), cuyas prestaciones se integrarán en las redes de SS.SS. de las CC.AA (Art. 3.0 y 6.3). El modelo se basa en la cooperación interadministrativa y *responderá a una acción coordinada y cooperativa de la participación, en su caso de las Entidades Locales (art 1. 2)*. Son muchos los interrogantes de una ley que en su corta existencia ha transitado por cuatro ministerios, excesiva la disparidad en su aplicación según CC.AA,¹⁴ y carente de un marco de

integración en los SS.SS. municipales. Asimismo el Ministerio actual ha aplazado el reconocimiento de nuevos beneficiarios hasta enero de 2013 y subyacen en el ambiente declaraciones del Gobierno actual sobre la «insostenibilidad» del SAAD.

Veamos a continuación el desarrollo normativo y la concreción de los SS.SS. en la Comunitat Valenciana en los últimos treinta años.

3. LOS SERVICIOS SOCIALES VALENCIANOS Y SU DESARROLLO NORMATIVO

Los inicios de los SS.SS. Valencianos tal y como los conocemos ahora, los podemos situar en el año 1982, en los primeros años de la autonomía y en un suceso *trágico* que forma parte del imaginario colectivo («la pantanada» de Tous, 1982), en ese momento, la Dirección General de Servicios Sociales decide enviar equipos multidisciplinares a las poblaciones más afectadas por la riada. Estos profesionales son el germen de los Equipos Sociales de Base, dependientes de las corporaciones locales (Moreno, 2012). A partir del año 1983, se produce un crecimiento importante y sostenido llegando a cubrir el 99,5% de la población de la C. Valenciana en el año 1996. Esto representa, en cuanto alcance e implantación en el territorio, un salto cualitativo importantísimo, al estructurar una Red Básica de Servicios Sociales que garantiza la proximidad y la accesibilidad a los recursos (Zaragoza, 2001).

Se inicia, así, una etapa de fuerte desarrollo normativo con el Plan Conjunto de Actuación en Barrios de Acción Preferente de 1988, el Plan de Ordenación de los Servicios Sociales en la C.V. de 1987, el Plan de Medidas de Inserción Social de 1990 y finalmente la Ley 5/1989 de Servicios Sociales de la C. Valenciana que se aprueba cuando el sistema se encuentra prácticamente implantado (Doménech y García Roca, 1990).

¹² Nos encontraríamos con tres formas diferentes de relación entre la administración proveedora del bienestar y la ciudadanía: a) cuando la relación se basa en el derecho subjetivo, es decir, aquellas situaciones en las que el ciudadano que reúne los requisitos lo solicita y la Administración está obligada a otorgárselo; b) cuando la relación se basa en que el ciudadano tiene legitimidad y el derecho de hacer saber sus circunstancias, y la administración tiene obligación de atenderlas, pero el ciudadano no tiene el derecho propio a exigir la prestación específica; y c) las acciones graciabiles o discrecionales, que la administración puede otorgar o no.

¹³ En adelante SAAD.

¹⁴ Véase los sucesivos informes que emite la Asociación Estatal de Directores y Gerentes de Servicios Sociales. (<http://www.directoressociales.com>).

En prácticamente una década, los SS.SS. Valencianos se han hecho presentes en todo el territorio valenciano y han definido los principales ejes de su marco normativo. A partir de estas bases, como el resto de CC.AA, cabía desarrollar el sistema no tanto en extensión sino en intensidad y calidad protectora (en esto se habían de concentrar los esfuerzos). En estos prolegómenos, en el año 1996, se anuncia el borrador de Ley 5/1997 de Servicios Sociales por el que se regula el Sistema de SS.SS. en el ámbito de la Comunitat Valenciana. La presente ley generó un gran malestar en el ámbito profesional, sindical y universitario. El 25 de julio de 1996 se constituye la Plataforma por la mejora y defensa del sistema público de SS.SS. que consigue un amplio respaldo en el sector adhiriéndose las entidades, colectivos y organizaciones. La nueva ley, en vez de abordar la extensión e intensidad protectora del sistema sobre la base de la responsabilidad pública y el derecho subjetivo, en realidad dota de un marco estable al proceso de privatización del sistema público (Andrés y Uceda, 2007).

En cualquier caso, la Ley 5/97, aporta algunos elementos que mejoran y estructuran el sistema:

«Plan Concertado de Servicios Sociales Generales (preámbulo II), Plan General de Servicios Sociales (art. 5), Plan de Financiación Concertado con las Entidades Locales (art. 6.2), Plan Valenciano de Servicios Sociales (art. 39.3), Plan Integral de Servicios Sociales (Disposición adicional 1^a), Plan de Desarrollo Integral de Minorías étnicas (art. 25), Comisión de participación del Plan Concertado con las Entidades Locales (art. 8.2), Comisión Mixta de carácter Interdepartamental (Disposición adicional 2^a)...» (Belis y Moreno, (2002: 15)

No obstante, el Consell obvia el desarrollo de su propia ley e inicia una etapa de aprobación de normativas que, lejos de armonizar el sistema, lo fragmentan y diluyen. Forman parte del entramado de normativa la Ley 12/2008 de Protección Integral de

la Infancia y la Adolescencia, Ley 4/2001 del Voluntariado, Ley 9/2007 de Renta Garantizada de Ciudadanía y la Ley 5/2009 de 30 de junio, de Protección de la Maternidad¹⁵ y numerosos decretos y órdenes que regulan prestaciones y ayudas¹⁶ pero no servicios y programas. Asimismo es importante señalar que la Comunitat Valenciana ha destacado por realizar una aplicación de la Ley de la Dependencia al margen de los SS.SS. municipales, generando una red de profesionales no integrados en el sistema. De hecho, crea la Agencia Valenciana de Prestaciones Sociales S.A. (AVAPSA) para el desarrollo de la Ley y, mediante subvención de la Federación Valenciana de Municipios y Provincias (otro actor más en el sistema), despliega en el territorio a los profesionales en demarcaciones propias que no siempre coinciden con la Red Básica, siendo una dificultad añadida para la coordinación y cooperación institucional. (Uceda y García, 2010).

La Generalitat Valenciana ha anunciado en diferentes ocasiones la aprobación de una nueva Ley de SS.SS, que armonice y dote de coherencia al sistema, incorporando en la misma las Prestaciones Básicas, la Renta Garantizada y el SAAD, como así ha pasado en otras CC.AA., sin embargo el borrador todavía no ha sido presentado públicamente y, por tanto, se desconoce su contenido y alcance en cuanto a derechos, despliegue en el territorio, distribución de competencias, etc.

Expuesto brevemente el recorrido de los SS.SS, nos disponemos ahora a analizar la situación propia del área metropolitana de València, en cuanto a lo que constituye el núcleo gordiano del sistema, es decir las Prestaciones Básicas impulsadas por el Plan Concertado y reconocidas en la Ley 5/97 de Servicios Sociales.

4. LA RED BÁSICA DE SERVICIOS SOCIALES EN EL ÁREA METROPOLITANA DE VALÈNCIA

A modo de análisis de caso, vamos a revisar a continuación la sostenibilidad de los SS.SS del Área

¹⁵ Es denominado este periodo como *barroquismo legislativo*, por la aprobación constante de leyes sin memoria económica y técnica y que posteriormente no se desarrollan mediante los correspondientes decretos legislativos, por tanto carecen de funcionalidad práctica para el sistema. (Pacheco, 2010).

¹⁶ Ayudas para el cuidado de ancianos en el ámbito familiar, Menjar a Casa, Major a Casa, Servicios de Ayuda a domicilio dependientes del SERVEF que se prestan a través de entidades privadas, etc. (Moreno, 2012).

Metropolitana de València (AMV), pues, sin duda, constituye una buena radiografía de la realidad después de treinta años de desarrollo del sistema. Nuestro análisis de caso se centra en las siguientes dimensiones: sostenibilidad social, cobertura territorial de los centros de SS. SS., accesibilidad a los mismos y percepción de la ciudadanía respecto de su uso y satisfacción de los recursos del sistema.

4.1. La oferta de Servicios Sociales como base para el desarrollo sostenible

Alcanzar la sostenibilidad es el objetivo de todas las políticas sociales en la actualidad, ya que, desde la aparición del *Informe Brundtland* realizado para la ONU en 1987, el término «sostenibilidad» se ha introducido con fuerza en las políticas estratégicas de casi todos los países y, en particular, en las directivas de la UE. A pesar de que su definición parece sencilla y se basa en el equilibrio de tres elementos clave (sostenibilidad económica, sostenibilidad medioambiental y sostenibilidad social). Los indicadores desarrollados en torno a la sostenibilidad económica y ambiental han sido contrastados, no ha ocurrido lo mismo con los indicadores de sostenibilidad social, por su complejidad. Ninguno de los tres aspectos puede ser entendido por separado, sin embargo, por motivos prácticos y, en particular, para poder actuar sobre los tres elementos que componen la sostenibilidad, en este artículo vamos a incidir en la sostenibilidad social, a partir del caso de los SS.SS.

4.2. El método de análisis y los objetivos del estudio

Desde el punto de vista de este estudio, la evolución en los últimos 30 años de los SS. SS., puede explicar, en gran parte, el nivel de sostenibilidad

social del territorio analizado: el Área Metropolitana de València (AMV).

En definitiva, el objetivo de un desarrollo sostenible es conseguir calidad de vida para las personas y hacer que ésta sea perdurable en el tiempo. Los SS.SS contribuyen definitivamente a este objetivo, en especial porque se orientan hacia el bienestar de la ciudadanía en general y de las personas más vulnerables en particular.

Consideraremos como objetivos de este estudio, tres elementos para medir la sostenibilidad social en el Área Metropolitana de València y, con ello, la eficacia y equidad del sistema de cobertura social existente en los tres últimos decenios. Partimos de los indicadores utilizados por el Plan Concertado de Prestaciones Básicas.¹⁷

El primer objetivo, es un indicador cuantitativo, el número de habitantes por cada empleado como personal técnico en los centros de SS.SS. Asimismo se incorporará la ratio de número de habitantes por cada trabajador/a social en dichos centros,¹⁸ por ser el rol profesional central del sistema de SS. SS, según la normativa vigente. Para conseguir esta ratio hemos elaborado un indicador propio que no es ofrecido por el Plan Concertado de Prestaciones Básicas por lo que impide la comparación con otros territorios, en cualquier caso dispondremos de un indicador comparable (ratio por técnico de SS.SS. y otro no comparable).

El segundo objetivo es la accesibilidad de la población a los SS. SS., es decir, al lugar en el que se oferta el servicio. Dicha accesibilidad se concreta en áreas de influencia teniendo en cuenta la distancia, para medirla se utiliza el índice llamado ISE (Índice de Separación Espacial),¹⁹ un indicador sencillo de interpretar pero de gran potencia contrastada. El

¹⁷ Documento que publica anualmente el Ministerio de Salud, Servicios Sociales e Igualdad que recoge los indicadores de la prestación de los servicios sociales básicos o comunitarios en las diferentes CC. AA. y CC.LL.

¹⁸ Por historia, aportación, formación etc., es la/el trabajadora/or social la/el que articula y dota de coherencia al entramado técnico del sistema y se ha convertido en el rol profesional de referencia. Eso sí, desde la complementariedad y desde el trabajo interdisciplinar a desarrollar con el conjunto de profesionales existentes y necesarios como las/los educadoras/res sociales, psicólogas/os, pedagogas/os, sociólogas/os, etc. (Las Heras, 2002).

¹⁹ $ISE_i = \sum_{j=1}^n \frac{D_{ij}}{n}$, donde i es la unidad espacial básica (sección censal) para el que se calcula el índice, y que se toma como posible origen de un desplazamiento; j es cada uno de los potenciales lugares de destino de los desplazamientos (equipamientos); D_{ij} es la distancia en minutos, -obtenida a partir de las matrices calculadas-, entre el lugar de origen i y el lugar de destino j y n es el número de posibles lugares de destino.

uso de SIG (Sistemas de Información Geográfica) facilita el cálculo a través de la red real de transporte terrestre²⁰ (incluyendo público y privado) en toda el AMV. Es evidente que, cuanto menor sea la accesibilidad al servicio, menor uso se hace del mismo y menor cobertura recibe la población por parte del personal cualificado adscrito a estos centros.

Y el tercer objetivo es la evaluación del impacto real de los SS.SS. a través de la percepción de la población sobre el uso y satisfacción de los mismos, localizados cerca de su lugar de residencia. La opinión de la población es fundamental para conocer el impacto de la oferta y para ello contamos con información actualizada obtenida a partir de una encuesta realizada a lo largo del año 2012 a 1.200 habitantes del AMV realizada a pie calle, que nos ofrece una panorámica general de la oferta de SS.SS. en el área de estudio.²¹

La delimitación del Área Metropolitana aquí utilizada responde a un mercado de trabajo único (Salom y Casado, 2007) organizado en torno a una ciudad central, Valencia (798.033 habitantes en 2011), y 75 municipios localizados en un radio de casi 40 kilómetros que contabilizan algo más de un millón de habitantes, alcanzado en la actualidad, junto con la ciudad central, 1.862.053 habitantes en un territorio complejo desde el punto de vista de la dispersión poblacional y urbanística. En el período 2001-2011 el Área Metropolitana ha aumentado su población en 261.255 habitantes más, que se han repartido, preferentemente, en la gran mayoría de los asentamientos de tamaño intermedio y, en menor medida, en los núcleos más grandes y mejor comunicados (Torrent, Sagunt, Paterna, Mislata, etc.), ya que la ciudad de Valencia sólo ha sumado algo más de 50.000 habitantes en este

decenio, con una tasa de crecimiento real anual medio de menos del 1%, por debajo de la ofrecida por el conjunto del área metropolitana (1,67%).

4.3. Capacidad de cobertura de los centros de SS.SS.

Los resultados de la capacidad de cobertura de los centros de SS.SS del AMV nos indican que este territorio se encuentra por debajo de la media autonómica y española en cuanto a número de habitantes por cada técnico especializado. Teniendo en cuenta los datos del Censo de Población y del Padrón, la media del área ascendía en 1991 a 9.696 habitantes por cada técnico en SS.SS, mientras que en la actualidad esta cifra ha descendido a 4.571 (siendo la media de la Comunitat Valenciana 6.537, según datos del Plan Concertado de Prestaciones Básicas de SS.SS en CC.LL, 2009-2010), lo que nos indica que hay una importante mejora, aunque aún no alcanza la media española que se ubica en 3.858 y se aleja de las ratios de otras CC.AA como: Catalunya con 2.371, Castilla-La Mancha con 2.562, Castilla y León con 2.628, etc. (*Ibid.*).

Un dato revelador desde el punto de vista de la atención primaria, es el número de habitantes por cada Trabajador/a Social. En 1991, en el AMV correspondían 15.692 personas por cada Trabajador Social, mientras que en el 2012 esta cifra también se ha reducido a menos de la mitad: 6.873 (gráfico 1). No obstante, aún queda lejos de las recomendaciones que hacen los organismos internacionales de Trabajo Social, que propugnan la necesidad de un trabajador social de atención primaria por 2.500-3.000 habitantes.²²

Desde el punto de vista del territorio, la ciudad de Valencia presenta cifras peores que las de su co-

²⁰ El modelo utilizado implica el cálculo de la movilidad urbana a través de las redes por las que ésta se desarrolla, es decir, se pretende una modelización lo más real posible, para lo cual nos hemos apoyado en el software de SIG para el transporte TRANSCAD 6.0. Se han considerado cuatro tipos de redes de transporte o movilidad: la red peatonal (el desplazamiento al menos de parte del recorrido a pie siempre va a ser imprescindible), la red de autobuses urbanos y metropolitanos, la red de metro-tranvía y la red de calles y carreteras para el transporte privado. En todos los casos se han considerado para las diferentes líneas de transporte las frecuencias de paso y velocidades comerciales que les son propias. De esta forma, ha sido posible que las distancias calculadas incluyan tiempos de acceso al transporte público, de espera, de transbordo entre modos, y de desplazamiento efectivo.

²¹ La encuesta fue realizada durante los meses de enero a marzo de 2012 cuya ficha técnica figura como anexo en este artículo.

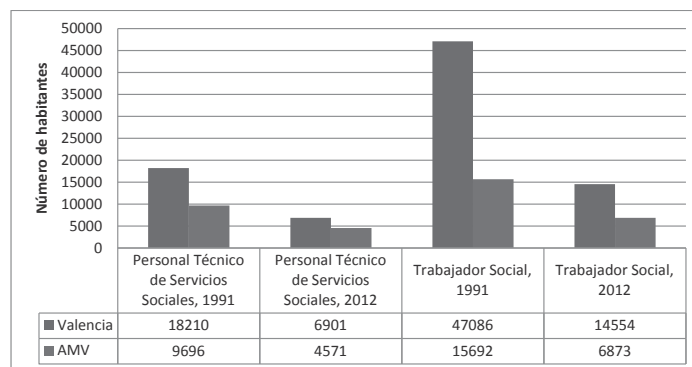
²² Federación Internacional de Trabajo Social (<http://ifsw.org/>) y Consejo General de Trabajo Social de España (www.cgtrabajosocial.com/).

rona metropolitana en todos los casos considerados (gráfico 2).

Es particularmente interesante destacar la ratio población/trabajador social. En la ciudad ésta asciende a más del doble que la media del AMV, hecho que no ocurre si consideramos el número de habitantes por cada Técnico de Servicios Sociales, donde la ciudad también supera a su área metropolitana pero no la llega a doblar. Esta misma situación se daba en el año 1991 y no ha sido paliada, sino, pro-

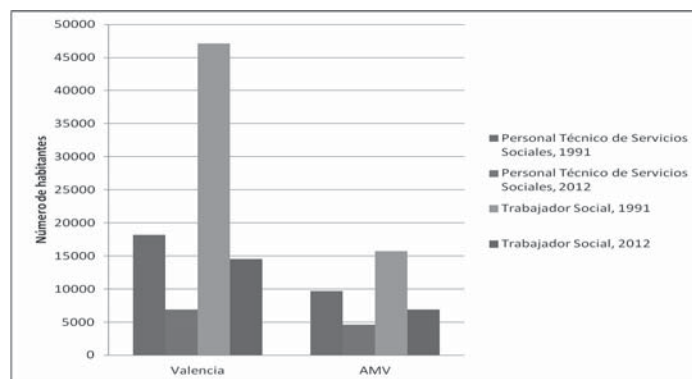
porcionalmente aumentada. La gran cantidad de población de la ciudad de València (en crecimiento moderado durante las dos últimas décadas) y el lento incremento del número de profesionales en los SS.SS. municipales explican esta situación. Que condiciona sus ratios diferenciales apareciendo por debajo de las media, provinciales, autonómicas y nacionales. A pesar del incremento de centros sociales y profesionales adscritos a los mismos.

Gráfico 1
Ratio población por técnico y trabajador social. 1991 y 2011.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de los Planes Concertados del 1991 y 2011; Concejalía de Bienestar Social e Integración del Ayuntamiento de Valencia y trabajo de campo propio.

Gráfico 2
Diferencias territoriales de ratio entre AMV y Valencia ciudad. 1991 y 2011



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de los Planes Concertados del 1991 y 2011; Concejalía de Bienestar Social e Integración del Ayuntamiento de Valencia y trabajo de campo propio.

A nivel municipal (mapas 1A, 1B y 2A, 2B), podemos observar cómo en el año 1991 los territorios con menor cobertura de servicios (con mayor población por cada técnico y trabajador social) se concentran en la ciudad de Valencia y algunos municipios del eje sur y noreste. Esta situación ha mejorado notablemente en la actualidad, siendo hoy los municipios peor atendidos los de la periferia metropolitana, la mayor parte de los cuales mantiene la oferta de SS.SS. sin incrementar la dotación de personal técnico, lo cual explica que la ratio por habitante se haya incrementado, pues a superior población sigue existiendo el mismo número de técnicos.

La ciudad de Valencia ha mejorado su situación relativa, aunque sigue, en comparación con otros municipios de su entorno, siendo deficitaria. Cabe señalar que el eje noreste ha experimentado una notable mejoría, en particular en lo que se refiere al número de habitantes por cada trabajador social, ocupando las mejores posiciones dentro del AMV.

4.4. *La accesibilidad a los SS.SS*

La accesibilidad real dentro del área metropolitana es deficiente en algunas secciones censales²³ del AMV que, además, resultan ser parte de territorios vulnerables o excluidos.²⁴ Concentrando en estos territorios grupos de población con dificultades para la integración. Otras zonas urbanas, por el contrario, responden a un modelo de nueva urbanización, habitadas por población con renta alta que no es usuaria habitual de los SS. SS.

Con el fin de ser más realistas, se ha considerado que si la población de una sección censal se

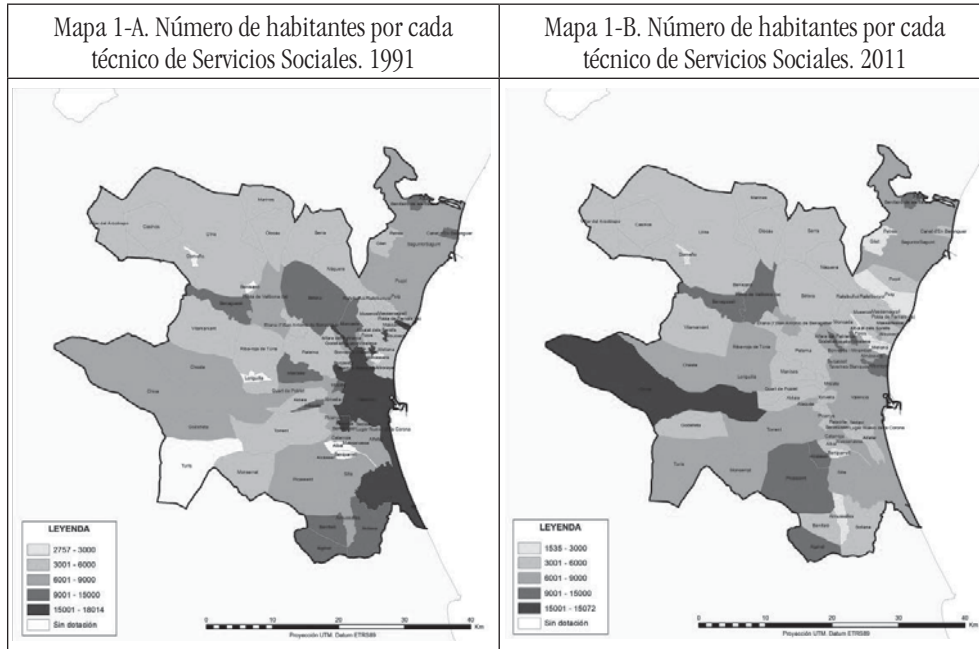
encuentra a más de 20 minutos de una parada de transporte público, el medio de transporte utilizado será el privado, así que no se ha incluido dicha sección en el cálculo del ISE en transporte público.

En el AMV reside una población de 95.911 personas que se encuentra a más de 20 minutos de la parada de transporte público más cercana a su domicilio. Se localiza, fundamentalmente en la periferia del AMV, municipios con una intensidad de movilidad diaria mucho menor que en el centro, a pesar de formar parte del mismo mercado local de trabajo. El eje norte hacia el interior de la Serranía, con municipios rurales, es el más afectado.

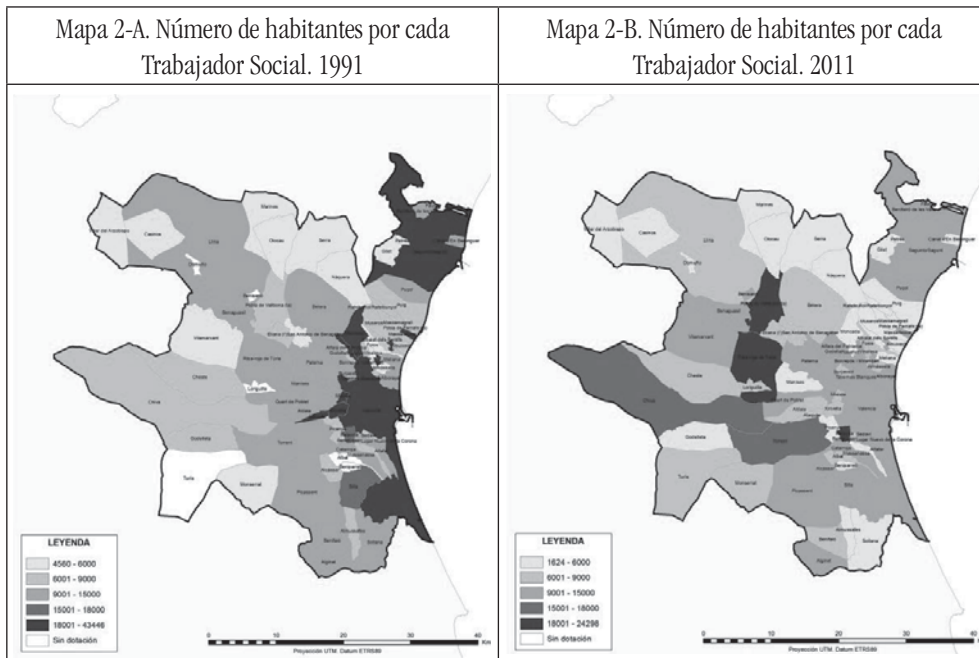
Hemos señalado que la accesibilidad es recíproca: hacia el lugar donde está localizado el servicio y también desde dicho centro hasta la población susceptible de intervención. En este sentido, además de los problemas para desarrollar programas preventivos y de inserción social, se da una dificultad añadida de pérdida de accesibilidad recíproca por parte de los trabajadores sociales. Los diferentes límites temporales (hemos utilizado en este caso los 30 minutos) nos indican diferentes posibilidades o niveles de accesibilidad. La accesibilidad a los SS.SS. en coche siempre y para todos los casos es mejor que en otro medio de transporte, sin embargo, son precisamente las personas que no tienen acceso a este tipo de transporte privado las que presentan una mayor vulnerabilidad (ancianos, jóvenes, inmigrantes, etc.). La falta de sostenibilidad social o de equidad no está sólo en la falta de servicio sino también en la falta de posibilidades de acceso al mismo. La proximidad se configura como un valor fundamental para de la calidad del Sistema de bienestar social y por lo tanto del territorio en el que se implica.

²³ La Sección Censal es el territorio más pequeño sobre el que es posible obtener datos sin vulnerar el secreto estadístico. Es pues, la unidad mínima de análisis en el trabajo que aquí se presenta.

²⁴ Territorios que, como los define Alguacil (2006), se caracterizan por: a) Deficiencias urbanísticas (estructurales de los edificios y viviendas; falta de infraestructuras para atender las necesidades de la población; escasa calidad medioambiental de la zona; abandono de los espacios públicos y percepción de inseguridad ciudadana); b) Escasa actividad económica por su orientación predominantemente residencial y el retroceso del pequeño comercio frente a las grandes superficies; c) Hábitat que acoge fundamentalmente a jóvenes y mayores dependientes, hogares unipersonales, hogares desestructurados, fuerte movilidad poblacional (los que salen huyendo y los que entran por precarizados), en los que predomina la pobreza y riesgo de exclusión social; y d) Redes sociales y de convivencia deterioradas, precisamente por la movilidad tan elevada y la falta de lazos de relación social y estructuras de apoyo. En ausencia de tejido asociativo representativo, la capacidad organizativa y reivindicativa es escasa.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de los Planes Concertados del 1991 y 2011; Concejalía de Bienestar Social e Integración del Ayuntamiento de Valencia y trabajo de campo propio.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de los Planes Concertados del 1991 y 2011; Concejalía de Bienestar Social e Integración del Ayuntamiento de Valencia y trabajo de campo propio.

Cabe señalar que la localización actual de la oferta de SS.SS supone que más de 58.000 habitantes del AMV se encuentren a más de una hora andando del mismo, y cerca de 30.000 a más de una hora en transporte público (tabla 1). Supone que cerca de 90.000 ciudadanos quedan a una distancia tal (más de una hora) que dificulta la existencia de una intervención y seguimiento adecuado, pues por la singularidad del trabajo que desarrollan los técnicos de SS.SS, éstos precisan estar cerca de los ciudadanos susceptibles de atención (De Robertis y Pascal, 1994). La situación empeora si tenemos

en cuenta la ratio población/trabajador social antes señalada.

Las cifras son también preocupantes si consideramos la población por edades (tabla 2). A más de una hora a pie se encuentran 8.658 personas mayores de 60 años, lo que dificulta enormemente su acceso al centro social. En esta misma situación se encuentran también más de 13.000 jóvenes menores de 18 años. El uso del transporte público reduce estas cifras considerablemente, pero aún así hay espacios en el AMV en los que se da una mayor densidad de población a más de media hora de su centro social de referencia (mapas 3A y 3B).

Tabla 1
Población residente en el AMV según distancia en tiempo a los SS.SS. más cercanos

Total			
minutos	Pob. a pie	Pob. en Transporte Público	Pob. en coche
ISE 0-10	775.673	775.673	1.799.019
ISE 10-20	678.367	749.944	74.686
ISE 20-30	267.900	226.510	13.283
ISE 30-60	106.272	105.519	0
ISE >60	58.776	29.342	0

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 2
Población residente en el AMV mayor de 60 años y menor de 18 años según distancia en tiempo a los SS. SS

Minutos	> 60 años			< 18 años		
	Pob. a pie	Pob. en Transporte Público	Pob. en coche	Pob. a pie	Pob. en Transporte Público	Pob. en coche
ISE 0-10	169.363	169.363	377.482	142.217	142.217	336.791
ISE 10-20	139.663	156.522	11.274	127.970	140.469	16.554
ISE 20-30	55.561	44.692	1.884	49.602	43.068	2.820
ISE 30-60	17.359	15.479	0	23.338	24.071	0
ISE >60	8.658	4.552	0	13.038	6.340	0

Fuente: Elaboración propia.

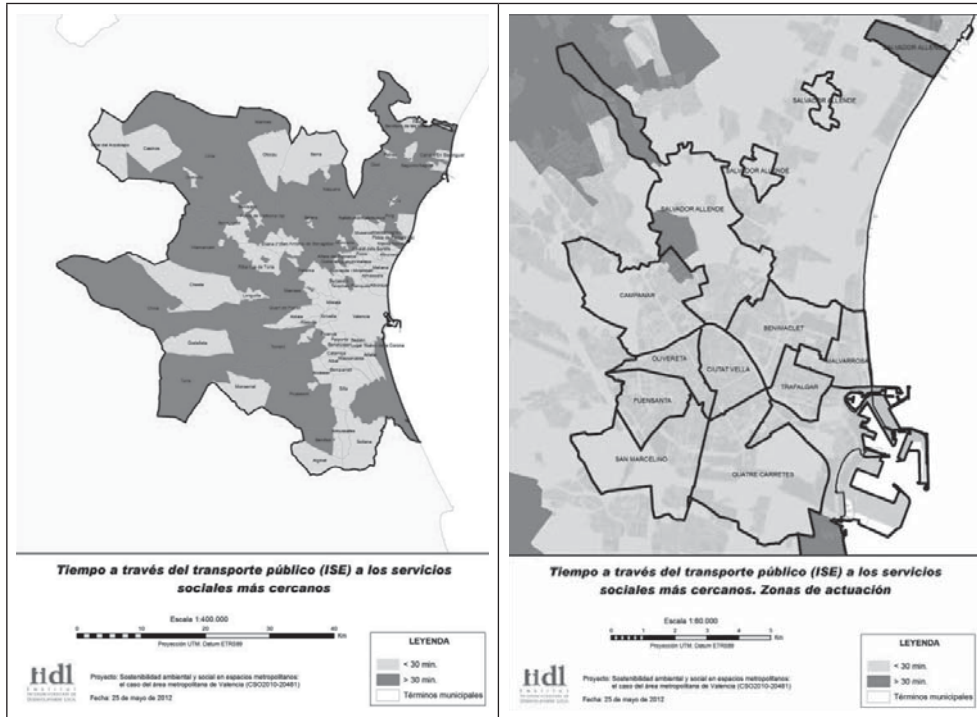
La localización de los SS.SS ya está establecida y es difícil de cambiar, aunque siempre puede me-

jorarse. La mejor localización no siempre implica cambios en la misma, sino, en ocasiones, como se

ha señalado anteriormente, una mejor accesibilidad. La mejora de la red de transporte y/o la creación de nuevas redes es hoy fundamental para inte-

grar y ordenar las áreas urbanas y metropolitanas, en las que la dispersión y la complejidad urbanística es inevitable.

Mapas 3A y 3B. Tiempos de acceso a los SS. SS en la ciudad y el AMV



Fuente: Elaboración propia.

La equidad en la accesibilidad es compleja (Crooks and Andrews, 2009). Está relacionada con múltiples cuestiones como las decisiones sobre la asignación de los recursos, la localización del servicio o actividad, la información e incluso con la calidad del mismo. Es, en definitiva, la «facilidad» con la que el usuario puede conseguir el servicio que necesita, para lo cual la accesibilidad física es importante, pero también lo es la medida de la misma en tiempo, pues, como señala Miralles (2011: 127), los tiempos sociales (tiempos de movilidad) de la ciudad «dibujan los espacios cotidianos de las regiones metropolitanas». El tiempo de desplazamiento contribuye enormemente a la percepción que los ciudadanos sobre la calidad de la oferta de

servicios públicos y, por tanto, sobre la calidad de la vida cotidiana.

Así pues, los espacios que quedan a una determinada distancia temporal del centro de SS.SS. se encuentran en desventaja con respecto a otros, a los que se puede considerar mejor dotados. Los mapas anteriores nos indican (con el límite en transporte público de 30 minutos) una situación claramente dual: la periferia del AMV, salvo excepciones, presenta distancias excesivamente elevadas (en algunos casos, como se ha señalado, por la falta de transporte público) y el centro una mejor situación, compartida con determinados municipios que se caracterizan por una población concentrada y escasa dispersión. En el caso de la ciudad de Valen-

cia y comparando las distancias con los límites de las áreas establecidas de intervención de los SS.SS, podemos señalar que también es la periferia la que presenta una peor situación en cuanto a accesibilidad, coincidiendo con barrios o distritos con altas demandas (concentración de población en riesgo de exclusión). Dichos barrios, incluidos en las zonas de intervención determinadas por el Ayuntamiento de Valencia, presentan una ratio población/trabajador social superior a la media y por encima de las recomendaciones de los organismos internacionales, a pesar de las evidentes mejoras que han experimentado en la última década.

4.5. La percepción de la ciudadanía

Por último, cabe señalar, aunque sea brevemente, cuál es la percepción de la población respecto de los SS.SS. Según la encuesta realizada por nuestro equipo de investigación, los ciudadanos conocen poco la oferta de los SS.SS, a pesar de que la mayoría dicen saber, al menos, de su existencia. Queda patente si comparamos el conocimiento de los SS.SS. con el de los centros de salud, por ejemplo. Sólo el 1,7% de la población encuestada dice no conocer si en su barrio o distrito existe un centro de salud, sin embargo esta cifra asciende al 17,5% cuando se trata de los SS.SS (tabla 3).

Tabla 3
Conocimiento de la existencia de Centro de Salud y de Servicios Sociales, 2012.
N= 1.200

Tipo de respuesta	Centro de Salud	Centro de Servicios Sociales
SI	93,7	77,2
NO	4,6	5,3
NS/NC	1,7	17,5

Fuente: Elaboración propia.

Por otra parte, el 90% de la población encuestada no tiene una opinión formada sobre los SS.SS, cifra que se reduce extraordinariamente cuando se habla de centros de salud (tabla 4). En líneas generales, el grado de satisfacción es ade-

cuado para aquellos que contestan (porque tienen alguna información sobre los SS.SS), siendo algo más crítico con respecto a los centros de salud lo que se explica por el mayor conocimiento y uso de estos últimos.

Tabla 4
Grado de satisfacción del servicio, 2012. N= 1.200

Tipo de respuesta	Centro de Salud (toda la población encuestada)	Centro de Servicios Sociales (toda la población encuestada)	Centro de Servicios Sociales (sólo usuarios)
Muy satisfecho	27,2	3,4	36,3
Satisfecho	14,5	2,3	19,2
Normal	31,5	2,7	41,8
Insatisfecho	1,6	0,9	2,0
Muy insatisfecho	0,4	0,3	0,6
NS/NC	24,8	90,2	-
TOTAL	100	100	100

Fuente: Elaboración propia.

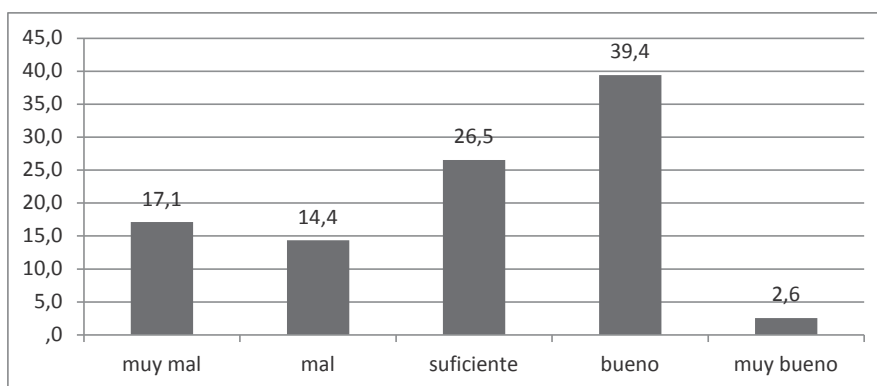
Los resultados de la encuesta realizada a comienzos del año 2012, manifiestan una idea clara: en la medida en que la población conoce y utiliza los SS.SS, su valoración es más positiva. Más del 50% de los encuestados que se manifiestan usuarios del sistema, lo valoran de forma positiva y muy positiva.

Por último, el 39% de la población encuestada en el AMV opina que su ayuntamiento ofrece una buena dedicación y atención a los problemas sociales de su municipio, pero un 17% señala que esta atención es muy mala, cifra que se eleva a un 31,5% (casi la tercera parte de la población) si sumamos la opinión como mala y muy mala (gráfica 3).

Para el análisis hemos considerado toda la población encuestada y no únicamente los usuarios del servicio. Las respuestas indican una percepción general más negativa de los SS.SS., y que se contradice en parte, con la opinión de los usuarios de los mismos.

Determinados problemas con importante repercusión mediática, como la Ley de Dependencia, y la propia crisis económica actual, contribuyen, sin duda, a crear una imagen distorsionada de la oferta de los SS. SS. En cualquier caso, el análisis indica una demanda de mejora de cobertura y de información a la ciudadanía.

Gráfica 3
Calificación al Ayuntamiento sobre su dedicación y atención a las necesidades sociales. 2012. N= 1.200.



Fuente: Elaboración propia.

5. CONCLUSIONES

El análisis realizado nos ha mostrado una primera panorámica de los SS.SS valencianos, que, a nuestro juicio, se aleja del encuadre de los derechos sociales, fundamentalmente debido a las políticas públicas de la Generalitat Valenciana, ya que todavía no ha concretado un marco de derecho subjetivo como otras CC.AA. Asimismo, el sistema se halla débilmente articulado, pues la Ley 5/97 no ha sido prácticamente desarrollada y por el contrario se han aprobado otras normativas de tipo sectorial que han fragmentado la concepción global del sistema.

Un hecho reciente que avala esta conclusión es la publicación de la Ley 4/2012 sobre los Derechos

Sociales en la Comunitat Valenciana, que es una muestra más de la ausencia de derechos subjetivos porque se limita a describir todo una cartera de servicios sin acompañamiento presupuestaria, ni vinculación institucional y sin garantía de los derechos sociales.

La evolución del sistema, en los últimos treinta años, ha experimentado un fuerte impulso en la primera década, para perder paulatinamente capacidad de sostenibilidad. De hecho se ha producido un aumento de demanda potencial que no ha ido acompañado de un incremento paralelo de profesionales de SS.SS, y, en particular, del rol más representativo de los mismos que son las/los trabajadoras/

es sociales. Asimismo, la fuerte expansión urbana no ha ido acompañada de la ampliación de nuevos equipos técnicos en el territorio, lo que ha supuesto un hándicap a la accesibilidad de la ciudadanía.

Ha habido mejora, pero no la suficiente, en términos tanto de accesibilidad al servicio como de ratio población por trabajador/a social. Podemos constatar que la presencia del sistema de SS.SS se ha popularizado (es más conocido que en períodos anteriores) y las respuestas que genera son satisfactorias. Sin embargo, su uso está limitado incluso en un periodo de recesión económica como la actual a escasa población.

El sistema de SS.SS. no ha conseguido asentar uno de los principios básicos, la universalidad y sigue dando respuestas, únicamente aquellos grupos sociales conducidos a los márgenes de la sociedad, en el ámbito de la exclusión por su situación vulnerable o por su situación de riesgo social.

Las posibilidades que ofrece un sistema diseñado como no universal son evidentes a la población, que mantiene una conciencia colectiva sobre las características del antiguo sistema de asistencia social, precisamente por la ausencia de los derechos subjetivos a las prestaciones sociales.

En conclusión, es necesario seguir mejorando en la provisión de SS.SS, en particular a nivel local, y en momentos tan difíciles para los ciudadanos, como los actuales. Asimismo es necesario desarrollar instrumentos normativos que permitan la garantía de los derechos sociales y mejorar la información al ciudadano para que valore en su justa medida un servicio público de calidad, orientado a resolver problemas de las personas y que ayuda enormemente a mejorar las condiciones de vida de barrios y municipios. Esto haría de nuestro territorio un espacio más habitable y sostenible, tal como recomiendan numerosos expertos nacionales e internacionales, así como entidades de prestigio, desde la UNESCO a la Unión Europea (Polese y Stren, 2000).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDRES y UCEDA, F. (2007): «Aportaciones para la reconstrucción de los Servicios Sociales en el País Valencià», en Pérez y Uceda, *La red pública de servicios sociales municipales en la Comunitat Valenciana: Retos y futuro del Sistema Público de Servicios Sociales de la Comunitat Valenciana*. València, FSP-UGT.PV.
- ALGUACIL, J. (2006): «Barrios desfavorecidos: diagnóstico de la situación española», en VIDAL, F. (2006). *V Informe Eubem de políticas sociales. La exclusión social y el estado de bienestar en España*. Barcelona, Icaria.
- BUENO ABAD, J. R. (1992). *Hacia un sistema de servicios sociales de acción comunitaria*. Madrid, Popular.
- BELIS, V; MORENO, A. (2002): «Evolución del sistema de servicios sociales en la comunidad valenciana». *Revista Arxius de Ciències Socials*, nº 11, pp. 8-29.
- CASADO, D. y FANTOVA, F. (2007). *Perfeccionamiento de los Servicios Sociales. Informe con ocasión de la Ley sobre la autonomía y dependencia*. Madrid, Cáritas España.
- CROOKS, V.A. and ANDREWS, G.J. (2009). *Primary health care: People, practice, place*, Ashgate Publ. Ltd.
- DE LAS HERAS, P. (1986). *Introducción al bienestar social*. Madrid, Siglo XXI.
- DE LAS HERAS, P. (2002): «El sistema público de servicios sociales: contribución del trabajo social, desafíos, oportunidades y estrategias». *I Jornada de Servicios Sociales Municipales*, 18 de octubre. Universitat de València.
- DE ROBERTIS, C. y PASCAL, H. (1994). *Intervención colectiva en trabajo social. La acción con grupos y comunidades*. Buenos Aires, El Ateneo.
- DOMENECH, M. y GARCIA-ROCA, J. (1990): «Presentación y desarrollo de la ley», *Revista de Serveis Socials de la Generalitat Valenciana*, 6, pp. 34-54.
- FANTOVA, F. (2008). *Sistemas públicos de servicios sociales. Nuevos derechos, nuevas respuestas*. Bilbao, Universidad de Deusto.
- GUTIERREZ RESA, A. (2001): «El Plan Concertado de prestaciones básicas de servicios sociales en España». *Revista española de investigaciones sociológicas*, nº 93, pp. 89-132. Madrid, CIS.
- KHAN y KAMERMAN (1987). *El sexto sistema de bienestar social internacional*. Madrid, Siglo XXI.

- LINARES, E. y MARIN, M. (1992): «España y la CEE: un reto para los servicios sociales», *Documentación social*, 87, pp. 38-58.
- MIRALLES, C. (2011): «Dinámicas metropolitanas y tiempos de la movilidad. La región metropolitana de Barcelona, como ejemplo», *Anales de Geografía*, vol. 31, n. 1, pp. 125-145.
- MORENO, A. (2012): «Com afecta la crisi al sistema de serveis socials». *Revista TS Nova*, 5, pp. 73-84.
- PACHECO, P. (2010). *Trabajo Social, crisis y modelo social valenciano*. Valencia, Ca Revolta.
- PLAN CONCERTADO DE PRESTACIONES BÁSICAS DE SERVICIOS SOCIALES EN CORPORACIONES LOCALES, 2009-2010. (2011). Madrid, Ministerio de Sanidad y Política Social.
- PEREZ-COSIN, J. V. (2005). *El trabajo social: sus imágenes y su público. La construcción de una identidad colectiva*. València, Universitat de València.
- POLESE, M. y STREN, R. (2000) (eds.). *The social sustainability of cities*, University of Toronto Press, Canada.
- RAYA, E. (1997). *Dando sentido a la práctica. Los servicios sociales y el trabajo social*. Granada, Maristan.
- SALOM, J. y CASADO, J.M. (2007): «Movilidad cotidiana u mercados locales de trabajo en la Comunidad Valenciana 1991-2001». *Boletín de la Asociación de Geógrafos Españoles*, n.º 4, p. 187-214.
- SUBIRATS, J. (dir.) (2007). *Los Servicios Sociales de atención primaria ante el cambio social*. Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- UCEDA, X. y GARCIA, M. (2010): «Una radiografía dels serveis socials valencians». *Revista TS Nova*, n.º 1, pp. 9-22.
- UCEDA, X. (2011): «Los Servicios Sociales en España: desarrollo y articulación en los nuevos escenarios». *Documentación Social*, n.º 162, pp. 235-258.
- ZARAGOZA, G. (2001). *Luces y sombras del sistema de servicios sociales municipales*. Nau Llibres. Valencia.

ANEXO

FICHA TÉCNICA DE LA ENCUESTA. N= 1.200. 2012.

UNIVERSO: Infinito, ya que consideramos toda la población del Área Metropolitana de Valencia estamos en N= 1.830.774 habitantes distribuidos en 75 municipios.

MUESTRA: Entre 1.111 y 1.411 encuestados, en función de la varianza poblacional que consideramos p y q iguales a 50%. Un nivel de confianza de 95,5%, es decir, de 2 sigmas. Y un error muestral no superior a $\pm 2,5$

TIPO DE MUESTREO: consideramos que el muestreo polietápico es idóneo. Inicialmente un muestreo no probabilístico con asignación de un perfil previo de tipo de municipio. Y en una segunda fase, elaboramos unos estratos proporcionales a su peso estadístico, en función de dos variables: grupos de edad y género, con selección aleatoria en centros sociales.

AFIJACION DE LA MUESTRA:

TIPO DE MUNICIPIO	POBLACION TOTAL	NÚMERO DE ENTREVISTAS				Totales
		18-24	25-44	45-65	+65	
Hasta 2000 habitantes	5%	10	17	19	10	56
De 2001 a 10000 habitantes	18%	36	62	68	34	200
10001 a 50000 habitantes	33%	66	114	125	62	367
+ 50000 habitantes	44%	88	152	166	83	489
TOTAL	100%	200	345	378	189	1.112