

Los Servicios Sociales en la provincia de Valencia: análisis territorial, estado de la cuestión

Lucía Martínez Martínez
Francesc Xavier Uceda-Maza
(Coords.)

Colección: Desarrollo Territorial, 17
Director de la colección: Joan Romero
Cátedra de Geografía Humana. Universitat de València

Consejo editorial:

Nacima Baron	École d'Urbanisme de Paris
Dolores Brandis	Universidad Complutense de Madrid
Gemma Cànoves	Universidad Autónoma de Barcelona
Inmaculada Caravaca	Universidad de Sevilla
Josefina Cruz Villalón	Universidad de Sevilla
Carmen Delgado	Universidad de Cantabria
Josefina Gómez Mendoza	Universidad Autónoma de Madrid
Francesco Indovina	Istituto Universitario di Architettura di Venezia
Oriol Nel·lo	Universidad Autónoma de Barcelona
Andrés Pedreño	Universidad de Alicante
Rafael Mata	Universidad Autónoma de Madrid
Carme Miralles	Universidad Autónoma de Barcelona
Ricardo Méndez	CSIC
Joaquim Oliveira	Director de Política Regional y Urbana de la OCDE
José Alberto Rio Fernandes	Universidade do Porto
Andrés Rodríguez-Posse	London School of Economics
Julia Salom	Universitat de València Estudi General
Joao Seixas	Universidade Nova de Lisboa

© Del texto: los autores, 2017

Publicacions de la Universitat de València
puv.uv.es
publicacions@uv.es

Maquetación: Guada Impressors
Diseño de la cubierta: Celso Hernández de la Figuera

ISBN: 978-84-9134-107-9 (papel)
ISBN: 978-84-9134-991-4 (PDF)
DOI: <http://dx.doi.org/10.7203/PUV-OA-991-4>

Edición digital



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Reconocimiento-
NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional.

Índice

Relación de autores	7
Presentación	
<i>Doña Rosa Pérez Garijo</i>	11
Prólogo. El porqué de esta investigación. El contexto. El equipo.	
<i>Francesc Xavier Uceda i Maza</i>	13
Algunas cuestiones previas. Diàlegs sobre els Serveis Socials Valencians: Context, anàlisi i perspectives futures	
<i>Mercè Martínez i Llopis</i>	15
1 Los Servicios Sociales en la Comunidad Valenciana	
<i>Lucía Martínez-Martínez y Francesc Xavier Uceda-Maza</i>	31
2 Los Servicios Sociales Generales	
<i>Lucía Martínez-Martínez, Francesc Xavier Uceda-Maza y Elena Puig Reig</i>	67
3 Los Servicios Sociales y las personas mayores	
<i>M^a Amparo Barrachina Hueso, José Vicente Pérez Cosín y Juan Ramón López Olano</i>	101
4 Los Servicios Sociales para la diversidad funcional	
<i>M^a Jesús Soriano Mira y Ana Vicente Rodrigo</i>	135
5 Los Servicios Sociales para la Salud Mental	
<i>Gloria María Caravantes López de Lerma y Lucía Martínez-Martínez</i>	165

6	Los Servicios Sociales para la mujer <i>Encarna Canet Benavent y Pere Joan Garrigós i Santos</i>	191
7	Los Servicios Sociales para la familia e infancia <i>Marta Climent López y Francesc Xavier Uceda-Maza</i>	213
8	Los Servicios Sociales para los y las adolescentes en conflicto con la Ley <i>M^a de las Mercedes Botija Yagüe y José Javier Navarro-Pérez</i>	235
9	Los Servicios Sociales para inmigrantes <i>Ana Sales Ten</i>	253
10	Los Servicios Sociales para la Exclusión Social: Barrios de Acción Preferent <i>Gloria María Caravantes López de Lerma y Ana Isabel Serrano Tejedor</i>	271
11	La organización territorial de los Servicios Sociales especializados en la provincia de Valencia. Un (des)ajuste entre oferta y demanda <i>Jaime Escribano Pizarro, Cristina Herráiz Lizan y José Javier Serrano Lara</i>	287
12	La participación en los Servicios Sociales. Situación y propuestas de futuro <i>Pep Pacheco Marco, Paco Andrés Arseguet y Javier Aguado Abad</i>	335
13	La calidad en los Servicios Sociales. Situación actual y propuestas de futuro <i>Miguel García Aya y José Enrique Sánchez Menaya</i>	357
	Notas metodológicas. El sistema de Servicios Sociales ante la crisis económica. Retos, desafíos y territorio. El caso de la provincia de Valencia <i>Guillermo Dorado Ortega, Lucía Martínez-Martínez, Francesc Xavier Uceda i Maza y Gloria María Caravantes López de Lerma</i>	379

Relación de autores

Lucía Martínez Martínez, Trabajadora Social. Licenciada en Sociología. Máster en Gestión y Promoción del Desarrollo Local. Experiencia profesional de más de 22 años en Servicios Sociales Generales. Docente en el grado de Trabajo Social y Másteres relacionados con la educación, las drogodependencias, la política social y los Servicios Sociales. Investigadora del Instituto Interuniversitario de Desarrollo Local en el grupo GESIINN. Sus líneas de investigación: Servicios Sociales, Desarrollo Territorial e Investigación Acción-Participativa.

Francesc Xavier Uceda i Maza, Trabajador Social. Licenciado en Sociología. Máster en Cooperación Internacional, Diploma de Estudios Avanzados en Bienestar Social y desarrollo local. Doctor en Desarrollo Local y Territorio. Docente en el Grado de Trabajo Social y en diversos Másteres en materias relacionadas con la investigación. Investigador del Instituto Interuniversitario de Desarrollo Local. Sus líneas de investigación: Servicios Sociales, desarrollo local, infancia y adolescencia vulnerable, exclusión social y políticas sociales. Es miembro del Col·lectiu de Treball Social de Ca Revolta.

Elena Puig Reig, Trabajadora social en el Ayuntamiento de Castelló de Rugat. Actualmente Presidenta del Colegio Oficial de Trabajo Social de Valencia.

Mercè Martínez Llopis, Trabajadora social. Máster en Gerencia en Servicios Sociales. Profesora externa en Masters de envejecimiento, malos tratos y atención a personas en situación de dependencia. Profesora externa Master en intervención familiar y en procesos de calidad. Coordinadora del Dto. De Servicios Sociales del Ayuntamiento de Foios. Miembro de la Asociación Nacional de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales de España.

M^a Amparo Barrachina Hueso, Trabajadora social y licenciada en Sociología; Máster en Sociología y Antropología de las Políticas Públicas. Investigadora pre-doctoral en formación (programa Vali+D-GVA). Ha trabajado como Directora de centro de día de mayores y responsable de comunicación. En la actualidad es Trabajadora Social en «ASD Pflege dienst» en Baviera, Alemania.

José Vicente Pérez Cosín, Trabajador Social, Doctor y Licenciado en Sociología y Ciencia Política; máster en gerencia de servicios sociales y en desarrollo local. Es profesor titular de Universidad y director del Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales de la Universidad de Valencia. Director del Máster

Interuniversitario en Gestión y Promoción del Desarrollo Local. Investigador senior del IIDL e IP del grupo SESECO. Funcionario de GVA en excedencia, director de CEAM.

Juan Ramón López Olano, Trabajador Social, Licenciado en Sociología y Ciencia Política; Máster en gerencia de servicios sociales y evaluación de servicios sociales. Es profesor asociado en el Departamento Sociología y Antropología Social de la Universidad de Valencia. Director del Centro Especializado de Atención a Mayores de Paterna, toda su trayectoria profesional (30 años) ha estado dedicado a las personas mayores, previamente en Alzira y Puerto de Sagunto.

M^a Jesús Soriano Mira, Diplomada en Trabajo Social (1985-1988) y licenciada en Sociología (1996-1999) por la Universidad de Valencia. Trabajadora Social en la Vicepresidencia y Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas desde 1991. Durante los años comprendidos entre 1993 a 2004 en el Centro de Valoración y Orientación de Discapacitados de Valencia como trabajadora social de valoración

Ana Vicente Rodrigo, diplomada en Trabajo Social. Universidad de Zaragoza. 1984-1987. Trabajadora Social de la ONCE en la Delegación Territorial de Valencia desde 1989.

Gloria María Caravantes López de Lerma, Trabajadora social. Máster en Cooperación Internacional al Desarrollo. Investigadora en Políticas Públicas y en Planes Municipales de Servicios Sociales e Inclusión Social.

Encarna Canet Benavent, Diplomada en Trabajo Social. Máster Oficial en Orientación y Asesoramiento Familiar y Máster Oficial de Igualdad de Género en el ámbito Público y Privado. Imparte docencia en el Grado de Trabajo Social. Experiencia en intervención social en instituciones penitenciarias, familias, mujer y violencia de género. Funcionaria de la Generalitat Valenciana. Docente en el ámbito de la intervención en violencia de género para personal de la Generalitat Valenciana, Colegios Profesionales y Fuerzas de Seguridad del Estado. Coordinadora de los talleres de prevención de violencia de género en los institutos de educación secundaria de la Comunidad Valenciana. Investigadora del Instituto Interuniversitario de Desarrollo Local en el grupo GESIINN. Sus líneas de investigación son igualdad, mujer y violencia de género.

Pere Joan Garrigós i Santos, Diplomado en Trabajo Social por la Universitat de València. Post-grado en mediación familiar por la UV. Trabajador Social del Servei de Prevenció de la Violència de gènere i Atenció a les Víctimes del Institut Valencià de les Dones i per la Igualtat de Gènere. Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives. Docente experto en violencia de género, lenguaje inclusivo no sexista a la EVES y al IVAP. Experiencia de 10 años como trabajador social en un centro de acogida para mujeres.

Marta Climent López, Graduada en Trabajo Social, Universidad de Valencia. Licenciada en Criminología, Universidad de Valencia. Máster en Intervención individual, familiar y grupal, Universidad de Valencia. Doctoranda. Actualmente Trabajadora Social en Euroservicios Omega S.L., Agullent. Educadora en el centro de acogida de menores «La Inmaculada», Xàtiva.

M^a de las Mercedes Botija Yagüe, Doctora en Ciencias Sociales. Graduada en Trabajo Social y Licenciada en Humanidades. Ha recibido diferentes premios de

investigación en Ciencias Sociales. Imparte docencia en el grado de Trabajo Social y distintos Máster. Es coordinadora de prácticas del Grado en Trabajo Social. Líneas de investigación: infancia y juventud, migración, salud, codesarrollo, etc. Autora de artículos indexados en bases de datos internacionales.

José Javier Navarro-Pérez, Doctor en Desarrollo Local y Territorio. Diplomado en Trabajo Social, diplomado en Educación Social y Licenciado en Criminología. Investigador del Instituto Interuniversitario de Desarrollo Local en el grupo GESIINN. Líneas de investigación: infancia, adolescencia y juventud, delincuencia juvenil y contextos socioeducativos, participación y territorio, innovación y transferencia en la intervención social. Director del Máster MEPIAR de Evaluación, Prevención e Intervención con Adolescentes en Riesgo y Violencia Filio-parental.

Ana Sales Ten, Doctora por la Universidad de Valencia en el Programa de Cooperación al Desarrollo. Licenciada en Sociología y Diplomada en Trabajo Social, especialista en migraciones internacionales y cooperación internacional. Sus principales líneas de estudio e investigación se centran en el colectivo de personas inmigrantes y la cooperación al desarrollo, en el ámbito de las políticas sociales, los derechos humanos y el derecho internacional humanitario.

Ana Isabel Serrano Tejedor, Graduada en Trabajo Social (UV), Licenciada en psicología (UV), Máster en Bienestar Social: intervención familiar, Máster en mediación intercultural y participación ciudadana, Máster en psicología clínica y promoción de la salud, postgrado en violencia de género, Postgrado en intervención psicosocial en contextos multiculturales. Becaria de colaboración en el Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales de la universidad de València.

Pep Pacheco Marco, Diplomado en Trabajo Social por la Universitat de València. Ha ejercido profesionalmente tanto en el sector de la iniciativa social –especialmente, en el ámbito de la intervención con personas migrantes–, así como en los centros sociales municipales de Campanar-Benicalap y del Barrio de la Fuensanta desde 1996 hasta 1999. Fue técnico del programa de Servicios Sociales municipales de la Diputación de Valencia desde 1999 hasta 2015. En la actualidad desarrolla su actividad en Ca Revolta. Es miembro del Col·lectiu de Treball Social de Ca Revolta.

Javier Aguado Abad, Administrativo de administración general de la Diputación de Valencia. En la actualidad desarrolla su actividad profesional en la Sección de Programas de Inclusión Social de la Diputación. Ha publicado algunos trabajos sobre temáticas relacionadas con los sistemas de garantía de ingresos y la renta básica. Es miembro del Col·lectiu de Treball Social de Ca Revolta.

Paco Andrés Arseguet, Diplomado en Trabajo Social por la Universitat de València. Ha ejercido profesionalmente en la Diputación de Valencia desde 1983, primero como educador y posteriormente como técnico del programa de Servicios Sociales Municipales. Ha sido profesor asociado al Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales de la Universitat de Valencia en el periodo 2000-2015. En la actualidad responsable de la Sección de Programas de Inclusión Social de la Diputación. Es miembro del Col·lectiu de Treball Social de Ca Revolta.

Miguel García Aya, Licenciado en Filosofía y Ciencias de la Educación, Sección de Psicología. Universidad de Valencia. Postgrado en Liderazgo en Gestión Pública por el IESE (Universidad de Navarra). Actualmente es Subdirector General de Servicios Sociales, de la Vicepresidencia y Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas.

José Enrique Sánchez Menaya, Licenciado en Psicología por la Universidad de Valencia. Diploma de Estudios Avanzados, Postgrado en: Liderazgo en Gestión Pública (IESE, U. de Navarra), Derechos de la Infancia, Educación Sexual y Máster en: Psicología Clínica, Medicina Humanitaria, Derechos Humanos, Cooperación Internacional, especialidad en Movimientos Migratorios y Codesarrollo; Sociología y Antropología de las Políticas Públicas. Actualmente, trabaja en la Generalitat Valenciana en la Oficina del Delegado del Consell para el Modelo Social Valenciano en la Vicepresidencia y Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas.

Jaime Escribano Pizarro, Doctor Europeo en Geografía (2010) por la Universidad de Valencia, y Prof. Dr. en el Dpto. de Geografía de dicha universidad. Su Tesis Doctoral analiza los servicios a la población en áreas rurales. Miembro del equipo UDERVAL en el proyecto «Redes personales y territorios rurales: dinámicas espaciotemporales, innovaciones y apoyo social» (CSO2015-68215-R). Autor de diversos artículos sobre servicios a la población en zonas rurales y sus impactos demográficos, sobre la calidad de vida, el capital social, y las estrategias de desarrollo territorial.

Cristina Herráiz Lizan, Licenciada en Geografía por la Universidad de Valencia y experta en desarrollo rural por el Instituto Agronómico y Mediterráneo de Zaragoza. Actualmente colaborando en diferentes proyectos sobre el medio rural y educación ambiental con el equipo de investigación rural UDERVAL. Igualmente cuenta con amplia experiencia laboral como técnica superior en un grupo de desarrollo rural en La Rioja (España).

José Javier Serrano Lara, Graduado en Geografía y Medio Ambiente por la Universidad de Valencia (UV) (2009-2013). Premio final de grado por la UV y la Generalitat Valenciana. Master en Técnicas para la Gestión del Medio Ambiente y el Territorio por la Universidad de Valencia (2013-2014). Investigador pre-doctoral en el Instituto de Investigación de Desarrollo Local de la UV desde 2015, y miembro del equipo de investigación rural UDERVAL.

Presentación

Doña Rosa Pérez Garijo

Diputada Delegada d'Inclusió Social, Teatres i Memòria Històrica en la Diputació de València

L'assumpció de la Delegació específica d'Inclusió Social per part de la diputada provincial que escriu aquestes línies, en octubre del 2015, i amb ella, la gestió del programa de Serveis Socials Generals amb els Ajuntaments, em va situar en una posició única per a copsar la situació que travessa el sistema públic valencià de Serveis Socials, doncs m'ha permès tindre una panoràmica àmplia sobre la qüestió i alhora, una visió bastant pròxima a la realitat territorial concreta, especialment pel que fa als municipis més menuts.

Així, des de la Delegació d'Inclusió Social de la Diputació de València, el meu equip i jo mateixa ens hem trobat un sistema públic de Serveis Socials basat en un model assistencialista, caracteritzat per: 1) la externalització dels serveis públics vers les empreses –el criteri de les quals, obvi és dir-ho, és la pura rendibilitat econòmica– i vers les entitats privades –siguen religioses o no–; 2) la fragmentació i la sectorització de la realitat social a través de múltiples convocatòries de subvencions amb escàs pressupost que, per una banda, incrementen la burocràcia per als equips de base municipals, i per una altra, tenen una pràcticament nul·la incidència en la resolució dels problemes socials; 3) l'absència de qualsevol tipus de planificació, per no parlar d'avaluació de les polítiques públiques; 4) la imposició de dinàmiques de treball piramidals, sense cap tipus de participació dels i les professionals; 5) el centralisme i la imposició de criteris polítics i l'arbitrarietat front a la preponderància de criteris tècnics; 6) l'absència total de coordinació política o interadministrativa amb la Generalitat; 7) la manca de transparència; etc.

Posar en marxa un model de Drets Socials com a base del sistema públic valencià de Serveis Socials no és una tasca fàcil, sobretot perquè –com hem vist– allà on s'havia començat a construir tímidament un sistema públic i amb vocació universal, les polítiques neoliberals s'han encarregat d'afeblir-lo, fragmentar-lo i privatitzar-lo, generant una autèntica *involució*. I el més greu, presentant-se amb aparença d'inevitabilitat. No obstant això, com en qualsevol construcció amb voluntat de perdurar en el temps, cal començar pels ciments, i la proposta d'ordenació i mapificació dels Serveis Socials valencians que es realitza en les següents pàgines suposa una contribució fonamental per a la consecució del model que volem, que té com a objectius el desenvolupament i l'enfortiment dels serveis socials públics, universals i de qualitat; com a principis la normalització, l'accessibilitat

universal i la no discriminació; i com a eixos d'actuació la màxima transparència i la participació.

Des d'ací vull mostrar el meu sincer agraïment a l'equip de persones que ha impulsat i participat en aquest projecte, totes elles grans coneixedores de la realitat social i professionals de l'àmbit del serveis socials, per la seua voluntat inesquible i pel gran esforç realitzat perquè hui puguem tindre en les nostres mans aquesta útil ferramenta, que serà clau per a la presa de decisions públiques a l'hora de dissenyar, planificar, implementar i avaluar el nou sistema de Serveis Socials que necessitem per a tindre una societat valenciana més justa i cohesionada.

Prólogo

El porqué de esta investigación. El contexto. El equipo.

Francesc Xavier Uceda i Maza

El presente libro es el resultado del proyecto precompetitivo de la Universitat de València *El sistema de Servicios Sociales ante la crisis económica: retos, desafíos y territorio. El caso de la provincia de Valencia*. Es fruto de una investigación realizada desde la ilusión y el compromiso con el Sistema Público de Servicios Sociales de la Comunitat Valenciana. Somos un equipo de investigación que desde hace relativamente poco estamos dedicados a tiempo completo a la docencia e investigación, anteriormente en buena parte hemos estado dedicados profesionalmente a los Servicios Sociales Generales o Comunitarios o Especializados.

Todos y todas teníamos el deseo de analizar el Sistema de Servicios Sociales Valenciano, tan falto de investigaciones en todos sus aspectos. Se debatieron múltiples opciones, y al final se decidió que la mayor necesidad era la de obtener los datos necesarios para realizar una planificación estratégica sobre el mismo, puesto que todos éramos conscientes de la falta total de planificación, y sobre todo de tipo estratégico, que presentan los Servicios Sociales Valencianos. Queríamos realizar una investigación que tuviera total aplicabilidad, y que sirviera de referente y apoyo para el conjunto de los y las profesionales del sector, en su mayoría trabajadores y trabajadoras sociales, a la hora de realizar sus propias investigaciones o de trabajar directamente en sus funciones profesionales.

Al núcleo de investigadores e investigadoras inicial compuesto por Lucía Martínez, José Javier Navarro, Encarna Canet, Ana Sales, Mercedes Botija, Josep Belda y Jaime Escribano y yo mismo, todos profesores y profesoras en la actualidad, se fueron incorporando colaboradores y colaboradoras que con gran ilusión aportaron horas y horas para que la investigación se pudiera acabar como fueron Laura Martínez, Guillermo Dorado, M^a Jesús Soriano, y Marta Climent-López.

Como desde el inicio la concebimos como una investigación participativa se unieron más compañeros y compañeras de profesión, para apoyar en los análisis como fueron Paco Andrés, Mercè Martínez-Llopis, Amparo Moreno, Victoria Belis, Joan Rovira, Mercè Lloret, M^a Jesús Soriano, Miguel García Aya, José Enrique Sánchez Menaya, Pep Pacheco, Rosana Muñoz, Paqui Ruíz, Ricardo Casadó, Elena Puig-Reig, Juan R. López, Ana María Vicente, José V. Pérez-Cosín, Glòria M^a Caravantes López de Lerma, Ana Isabel Serrano Tejedor, Cristina Herráiz, José Javier Serrano y Javier Aguado.

La investigación no fue fácil, hubo que pedir datos a la Generalitat Valenciana y a la Diputació de València, múltiples comprobaciones, llamadas individuales a cada uno de los recursos, etc. para realizar el análisis documental, conjugar un buen panel de expertos para el grupo nominal, convencer a los y las colegas de profesión para que respondieran los cuestionarios y organizar su transferencia a la sociedad en la I Jornada Internacional, *El futuro de los Servicios Sociales en contexto de cambio*, con asistencia de más de 200 profesionales del sector.

El trabajo de campo se hizo con mucha dedicación y supervisión, con técnicas variadas para obtener la pluralidad de los puntos de vista sobre los Servicios Sociales, que la mirada fuera sobre el sistema fuera profunda, rica, desde la globalidad, decidimos mapificar, recordando que la última realizada por la Generalitat Valenciana fue del año 1991.

La investigación ha tenido el apoyo del Instituto Interuniversitario de Desarrollo Local de la Universitat de València, donde se encuentra el equipo de investigación GESINN (Grupo de Estudios Sociales Intervención e Innovación), la financiación del vicerrectorado de investigación como proyecto precompetitivo, pero han faltado otros apoyos que hubiera permitido mapificar el conjunto de la Comunitat Valenciana y obtener un gran volumen de datos de los que el sistema carece y son necesarios para la planificación.

El libro se divide en dos partes, la primera es el análisis del sistema tanto de los Servicios Sociales Generales como Especializados donde se profundiza en conceptos, desarrollo, situación actual, mapificación y se abordan ideas y buenas prácticas de otras comunidades autónomas para concluir con propuestas para la Comunitat Valenciana. Propuestas avanzadas pero centradas en nuestra realidad. La buenas políticas parten de un buen análisis de datos, de una mirada a lo que hacen otros, de una reflexión de los actores locales y de propuestas factibles y creíbles que puedan implementarse y evaluarse. En este sentido en el libro se avanza en ello. La segunda parte de libro, profundiza en temas transversales a los Servicios Sociales como es la organización territorial, el (des) ajuste entre la oferta y la demanda, se aborda la calidad y de forma valiente la participación.

En conclusión es una investigación que ha generado conocimiento y transferencia en el proceso, en este sentido ya nos sentimos satisfechos pero esperamos que su lectura final aporte a los y las profesionales, los responsables políticos actuales de Servicios Sociales en la Generalitat Valenciana, la Diputació de València y los ayuntamientos valencianos ideas para desarrollar un nuevo modelo de Servicios Sociales para esta tierra que tanto lo necesita.

Algunas cuestiones previas

Diàlegs sobre els Serveis Socials Valencians: Context, anàlisi i perspectives futures¹

Mercè Martínez i Llopis

1. Introducció

Com la majoria sabeu que sou col·legues de fa temps, pertany a l'Associació Nacional de Directores i Gerents d'Espanya, grup de professionals que creem amb el valor de la justícia social i els serveis socials per a totes i tots. Amics i amigues com Natàlia, Paco, Juana, Kike, Xavier, Àngela, Amparo i Lluís, que alguns durant 20 anys, i altres menys però intensos, hem construït discurs. I com no anomenar també al Grup de Pensament Quitin, que molts no el coneixeu pel nom però si pels documents que vos han arribat sobre tot en els últims temps com a defensa del sistema públic local en contra de la llei de racionalitat i sostenibilitat que el Govern Central ens ha publicat contra el municipalisme i en favor de la centralització: Joan, Manolo, Amèlia, Amparo, Lluís, Kike, Xavier, Carme, i com no Cèsar.

El 13 de juliol d'enguany, vaig prometre el càrrec com a Directora General, i el dia 14 tot l'equip vam començar a elaborar el diagnòstic a 20 anys de gestió conservadora, on els valors prioritaris eren el mercantilisme en tots els sectors, el benefici individual, la «bambolla» immobiliària un enriquiment d'amics i amigues, que en molts casos està en els tribunals i que ha desembocat en casos de corrupció. En 20 anys hem tingut vuit Conseller/es i d'ells, u està a la presó i dos investigats en causes diverses, cap d'ells per ser bons gestors.

Anteriorment i des de les trinxeres, junt amb les entitats i plataformes que exigien els drets a la ciutadania, vèiem que la gestió estava malament, molt mal feta i que les persones en situació de vulnerabilitat eren abocades a l'exclusió sense cap tipus d'inconvenient. A més, passaven els anys i la realitat superava la ficció i de «la millor experiència pilot d'Espanya», passem a ser, avaluats els resultats, els

1. Xarrada en les III Jornades Reptes i desafiaments en Serveis Socials: el futur dels Serveis Socials Valencians. Celebrades el 26 de Novembre de 2015. Complex La Petxina (València).

que pitjor qualitat de vida teníem, més desocupació, més pobresa i més humiliació, ens robaven els impostos i pressupostos públics en la cara, es gestionaven grans esdeveniments a què la població no teníem accés perquè només podien accedir uns pocs i privilegiats, encara que ja els coneixíem perquè sempre eren els mateixos.

Un símil en la història ho podem trobar en la situació prèvia a la revolució industrial, en 1789, amb els valors de l'antic Règim, era la noblesa i el clergat qui amb els seus privilegis tenia sotmesos a la classe mitjana i baixa, inclús a la burgesia xicoteta. El retrocés en valors, la devastació de drets implica una ciutadania humiliada que a través dels mitjans de comunicació contribuïen a l'exaltació del règim (Moreno, 2012).

Quan iniciés la gestió i et donés compte de què tot és molt pitjor del que creies, i que la situació no ha arribat a on estem per ignorància dels governs antics, ni per innocència, ni per desídia, sinó que, amb la capacitat d'obrar sobre el bé i el mal, es van muntar un sistema al servei de l'encimbellament social i polític dels que estaven i, de pas a un servei mercantilista.

Aquest anar i venir, ha arrossegat a una part de la societat valenciana a la compra de favors i vots, a regalar subvencions en espera d'intercanvi de poders, i que ha resultat redit a certs polítics i banquers, constructors que van esdevindrà en gestors de recursos socials. Tot això donat suport a d'una banda de l'Església Catòlica que s'ha beneficiat de subvencions per al repartiment de la caritat, terrenys expropiats al sistema públic i autoritzacions d'universitats mentre la pública s'ofegava.

En quatre mesos, és impossible desembolicar l'embolic de nucs deixada en l'administració, com diu la Vicepresidenta i Consellera d'Igualtat i Polítiques Inclusives, Mònica Oltra, i amb eixa càrrega ens toca teixir unes polítiques que busquen el benefici de la majoria i el compliment dels drets humans. En 4 mesos no sols hem pogut diagnosticar, preparar estratègies sinó treballar a procurar que el pròxim pressupost sigui més social i més humà, dirigit cap a les persones i als seus drets.

En una entrevista fa quelcom més de dos anys amb Angels Barceló li vaig comentar que el dolor amb paracetamol o morfina se supera, però que en el patiment, no hi ha medicament que el cure, només, accions polítiques que ho milloren per a què les persones tornen a tindre la seva dignitat i ser lliures.

Tenim una nova corrent de pensament de la qual soc partícip, i en el diagnòstic fet es detecta amb més força, no hem eixit de la crisi, fet que com a mantra ens indiquen i no anem cap a una situació d'enriquiment de la classe pobre per a que torne a hi haure classe mitjana, el què vivim actualment és el model ja conformat, és cap on les polítiques neoliberals amb capitalisme arrossegador ens ha dut a viure i és aquest sistema social el conformat per les forces tenebroses dites mercats, ens duen, com si pujarem a un tren que duu una velocitat de la que ningú pot baixar i no hi ha estació (Mestrum, 2014). Però una vegada amb el coneixement ja sabem contra qui lluitar.

Els serveis socials s'ocupen de la pobresa però la competència de la pobresa no és dels serveis socials sinó és de totes les Administracions i totes les delegacions o departaments. La pobresa sols se supera amb justícia social, la solidaritat no deu fer aquesta competència, perquè és un dret tindre una vida digna.

És com els xiquets no són de Serveis Socials, són de Sanitat quan estan malaltes, són d'Educació quan s'han d'aprendre, són d'Habitatge quan necessiten un sostre, d'Hisenda per necessitar dotació pública, de Serveis Socials quan hi ha desprotecció, d'Igualtat quan defenen els seus drets, de Justícia quan els ajudem o cal reeducar, de Cultura quan s'han d'entendre el món i divertir-se, d'Esports per previndrem mals hàbits, ... i així en cadascuna de les competències que correspon a la Generalitat.

En el camí que hem iniciat no podíem començar de zero, necessitàvem conèixer la crua realitat i procurar créixer en un sistema que donara cobertura a nova manera de fer, a una gestió més dinàmica que siga capaç de fagocitar els vells usos, la confusió duta a terme per polítiques conservadores i deixar emergir les noves tendències humanistes, delicada amb les persones que durant més de 20 anys s'han vist ignorades, vexades i inclús maltractades (Mira-Perceval, De Alfonseti, Giménez Bertomeu, 2007)

Es parla de què les fonts de Serveis Socials sempre són una despesa, és més despesa expansiva, però cal parlar d'inversió de futur, com més augmentem la prevenció més rendibilitzat econòmic tindrem i com més invertim en les àrees més es generar en ocupació, l'exemple el tenim en dependència si fomentem els serveis de proximitat més ocupació crearem en municipis, inclús en zones rurals.

Tots sabem que les lleis poden tindre diferents interpretacions, però els reglaments que es van desenvolupar en el País Valencià, eren un enfilall d'articles que beneficiaven a la mateixa administració, bé a nivell econòmic o bé per a ocultar la seva ineficàcia i incompetència.

El símil el tenim amb un vaixell dins d'una tempesta en alta mar, primer en dec als naufrags i després ja canviarem el rumb, però aquest Govern ha sigut valent i pretén traure als naufrags canviant el rumb.

2. El punt d'inici: l'Acord del Botànic

En la Generalitat Valenciana s'ha creat un document pel qual tres partits polítics, convergents en les seves idees d'esquerres, han redactat el cridat «*Acord del Botànic*», anomenat així per haver sigut firmat en el jardí botànic de la Universitat de València, subscript l'11 de juny de 2015.

Aquest acord suposa un canvi en la forma de fer política, situant les persones en el centre, fent bandera del diàleg, la pluralitat, la participació i la visió de llarg termini. Pretén arregar les demandes socials per a convertir-les en realitat per mitjà de les següents grans línies d'actuació:

2.1. Rescat de Persones

Tota persona ha de tindre cobertes les necessitats vitals bàsiques. Tots els valencians tenen dret a viure en condicions que garantisquen la seua dignitat com a éssers humans:

- Dret a la vivenda: prendre els acords necessaris per a evitar que es desnonen persones sense alternativa de vivenda.
- Renda garantida de ciutadania.
- Dret a la llum, aigua i gas: assegurar que totes les famílies puguin accedir a un consum mínim. Aplicar fórmules, en col·laboració amb les Administracions locals corresponents, a fi que els impagaments de servicis bàsics de les famílies en situació de pobresa extrema no comporten la retirada del servei.
- Combatre la pobresa infantil: ha de ser una prioritat pressupostària, especialment la malnutrició infantil per mitjà de l'extensió de places i beques de menjadors escolars no restringits al calendari escolar.
- Dependència: aplicació efectiva de la Llei de promoció de l'autonomia personal i atenció a la dependència.
- Violència de gènere: acabar amb la violència masclista contra les dones ha de ser un objectiu transversal. Posar en marxa programes integrals que afecten: educació, servicis socials, sanitat, forces de seguretat, administració pública, justícia, cultura, mitjans de comunicació i hisenda.

2.2. Regeneració democràtica i lluita contra la corrupció

Apostem per unes institucions inclusives, transparents, austeres i eficaces que estiguen al servici dels ciutadans, no de les elits. En elles, la societat civil ha de tindre un paper protagonista en la presa de decisions.

- Transparència: aprovar una nova Llei Valenciana de Transparència, Informació i Participació amb àmbit d'aplicació a tota la Generalitat, l'administració autonòmica i l'administració local, que garantisca la bona gestió del públic i la participació de la societat civil.
- Independència i professionalització dels òrgans de control de la gestió pública i del Consell Jurídic Consultiu.
- Participació ciutadana: garantir la presència de representants de la societat civil a les comissions parlamentàries per a garantir el paper de control i fiscalització de la gestió públicament i especialment durant la rendició de comptes dels càrrecs públics.
- Eficàcia contra la corrupció i el clientelisme. Creació d'una Oficina de lluita contra el frau i la corrupció.
- Millorar l'aplicació del procediment de contractació de les empreses i servicis públics per mitjà de la reducció dràstica de la discrecionalitat i incrementar els mecanismes de control i transparència.
- Eficiència: reducció de les despeses supèrflues (alts càrrecs, cotxes oficials, etc.); reordenació de l'administració, impulsant la integració i coordinació de les funcions de les Diputacions en la Generalitat i reforçar el paper dels Ajuntaments amb l'objectiu d'acostar la gestió als ciutadans i optimitzar l'ús dels recursos.

2.3. Governar per a les persones

Restabliment i ampliació dels serveis públics per al compliment efectiu dels drets socials, posant-los sempre davall la lògica del benestar col·lectiu i mai del lucre privat. Açò ha de traduir-se en primera instància en una política de desmercantilització:

- Prioritzar en la despesa del govern el sistema públic de sanitat i educació i els serveis socials per damunt de qualsevol altra partida.
- Recuperació del sistema sanitari públic.
- Recuperació de l'atenció sanitària per a tots aquells col·lectius que l'han perdut amb el Reial Decret 16/2012.
- Paralitzar els retalls en servicis públics i progressivament garantir l'extensió i l'augment de la qualitat.

2.4. Nou model productiu

El desplegament d'un nou model productiu és un requisit per a l'eixida de la crisi i la generació de benestar a llarg termini. Ha de basar-se en el coneixement, la investigació i el desenrotllament innovador i articular-se sobre el principi de sostenibilitat: social; productiva; ambiental, política (Prats, 2011).

2.5. Finançament just i auditoria ciutadana

La Comunitat Valenciana ha de ser el centre de l'acció política, ha d'exigir a l'Estat, a través d'accions polítiques i legals, un finançament adequat per a poder garantir la prestació dels serveis públics.

3. El diagnòstic

Des de la Direcció General de Serveis Socials i Persones en Situació de Dependència de la qual sóc la seua directora, hem iniciat el camí per a aconseguir la universalitat dels Serveis Socials, que arriben a tots i totes i no sols a uns pocs. Este camí esperem transitar-ho amb l'ajuda i la participació tant dels professionals propis, com dels implicats d'altres institucions en els projectes i sobretot amb les entitats i associacions representants d'usuaris i beneficiaris de serveis.

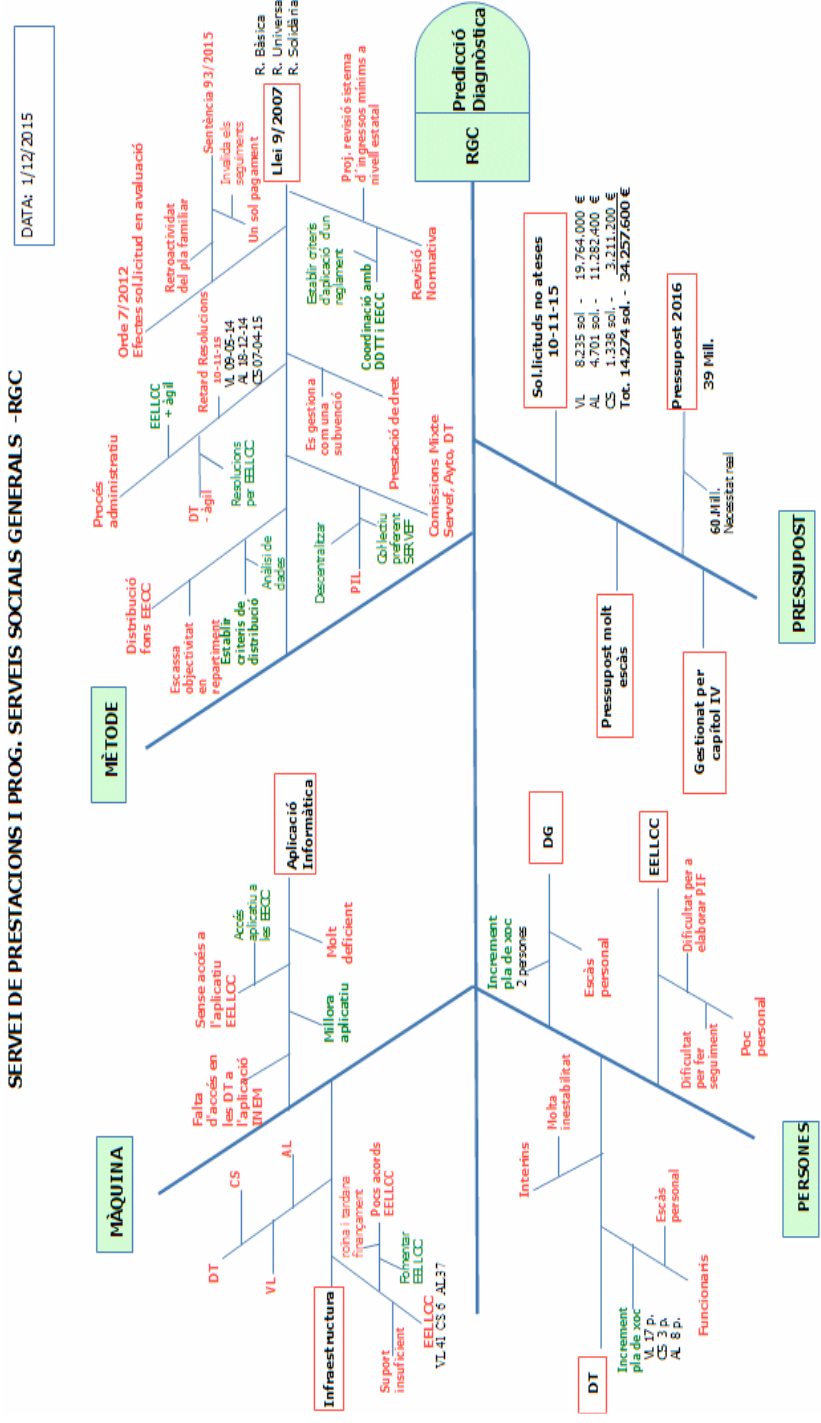
No resulta tasca fàcil després d'un modelatge de tants anys, inclús hi ha companys i companyes que no coneixen un altre sistema i sobretot no es creuen que pugua existir un sistema públic, de qualitat i igualitari, que propugna la dignitat de les persones i l'òmplic dels drets humans.

La Direcció es divideix en dos subdireccions, una de Serveis Socials i Infància i una altra d'Envel·liment Actiu i Persones en Situació de Dependència.

L'anàlisi s'ha realitzat sobre les 4 M, com a mètode guia per a resoldre posteriors problemes i conflictes: Men –persones–, Machin –màquina–, Metod –mètode– i Money –diners–, (Izar, 2011). Per tant tinc quatre potes d'una taula avaluades a través de 4 factors.

S'ha utilitzat el diagrama d'Ishikawaper a l'avaluació de l'estat de la qüestió en les següents àrees del sistema de Serveis Socials: Serveis Socials Generals, Renda Garantida de Ciutadania, Menors i Dependència i Envel·liment actiu.

Figura 2. Diagrama d'Ishikawa de Rendita Garantida de Ciutadania a la Comunitat Valenciana



4. Les propostes d'acció: objectius

Tenint en compte aquestes cinc grans línies estratègiques que es van acordar en el Pacte del Botànic, la Direcció General de Serveis Socials i Persones en Situació de Dependència s'ha marcat com a objectius ja executats o en vies d'execució els següents:

4.1. Objectius executats

4.1.1. *En Renda Garantida de Ciutadania*

- Distribució amb nous criteris. De l'ampliació en 2 milions € amb el que s'atendrà a 800 famílies més. Tenim 14.000 sol·licituds en llista d'espera amb un cost de 32.572.800€.
- Recopilació i revisió de la normativa de Renda Garantida de Ciutadania per millorar els criteris d'accés. Millorar els processos de treball aplicant més recursos humans (necessitem com a mínim 30 persones més, per a l'eliminació de la llista d'espera).
- Desestimant els recursos de cassació interposats per l'advocacia de la Generalitat. (ja s'està aplicant la sentència 93/2015 pel que es pagarà a partir del dia 1 del mes següent a la sol·licitud).

4.1.2. *En Protecció a la Infància, Adolescència, Joventut i intervenció familiar*

- Considerar inembargables les ajudes de PEIS² i ajudes d'emergència concedides per la Generalitat. Mitjançant el corresponent desenvolupament normatiu que servisca de marc regulador de les actuacions municipals.
- Impuls dels resolucions PIA a favor dels menors.

4.1.3. *En Persones en Situació de Dependència*

- Posada al dia en el pagament de les prestacions econòmiques en matèria de dependència. Abans es pagava a dos mesos, ara a mes vençut (el dia 20).
- Posada al dia en el compliment de sentències a favor de persones en situació de dependència.(reconeixement de retroactivitats, elaboració de PIA, etc...).

2. PEIS: Prestacions Econòmiques Individualitzades

- Eliminació de la suspensió de 2 anys d'efectes retroactius en la concessió de la prestació econòmica a cuidadors no professionals (des del mes de setembre de 2015 s'està aplicant).
- Eliminació de l'ajornament en quatre anys de la retroactivitat dels prestacions econòmiques a cuidadors no professionals. (també s'està aplicant des del mes de setembre de 2015).
- Creació d'una comissió d'estudi per a la racionalització i agilització de tramitació administrativa en relació amb el reconeixement de drets pendents de pagament a favor d'hereus. La seua finalitat és la simplificació de la documentació a requerir als hereus per fer efectiu el seu dret. (ja finalitzada i reduïts els tràmits).
- Pla d'impuls en la resolució de prestacions econòmiques vinculades al servei per un import de 28.500.000 euros (esgotat l'import en la seua totalitat).

4.2. Objectius per a quatre anys

4.2.1. *Serveis Socials i Serveis de Proximitat*

- Impulsar i elaborar una nova llei de Serveis Socials de la Comunitat Valenciana.
- Implantar dins dels Serveis Socials municipals el servei d'atenció primària (Seafi, Sead)
- Disseny de una nova estructura de finançament dels Corporacions Locals en matèria de serveis socials. Vertebrant els prestacions bàsiques i els programes especialitzats, per anar donant pas a planificacions dels entitats locals en matèria de serveis socials generals.
- Desburocratitzar el sistema, dotant-lo de ferramentes d'intervenció socials pressupostades en millora de la prevenció.
- Promoure I+D+I, fomentant i compartint noves pràctiques.
- Impulsar el treball en Xarxa, modernitzant els sistemes i garantint l'accés dels ciutadans al dret dels serveis socials.

4.2.2. *Renda Garantida de Ciutadania*

- Desenvolupar una nova llei de Renda Garantida, que garantisca el dret a la prestació i a la inclusió.
- Atendre la demanda real per mitjà d'un pla de xoc, augmentant el nombre de professionals, dotant-los de mitjans i pressupost.
- Reduir el temps en la tramitació del procediment de concessió, a quatre setmanes i no a catorze o quinze mesos.

4.2.3. En Protecció a la Infància, Adolescència, Joventut i Intervenció familiar

- Assumir a través del sistema públic de nou, la idoneïtat de les famílies, tant per a acolliment com per a adopció, amb el seguiment corresponent.
- Crear recursos per a l'emancipació dels menors al complir 18 anys. Procurant que les pròpies contractacions de la GV els ajudi a l'emancipació.
- Evitar el mercantilisme. Apostar pel públic enfront del privat
- Treballar sobre l'adaptació normativa, argumentativa i financera necessària per a dotar al sistema de protecció a la infància i reafirmar la figura del menor amb la seua primàcia per damunt de tots els altres drets.
- Potenciar i fomentar el recurs de famílies acollidores com el més efectiu a la resposta dels menors. Recolzant-les a través de professionals d'atenció.

4.2.4. En Persones en Situació de Dependència

- Atendre al 100% de les sol·licituds de persones en situació de dependència amb una diligència de tres mesos, agilitzant els processos i coordinant els fluxos de treball.
- Desenvolupar normativa que faça possible l'eliminació del copagament en centres diürns i vivendes tutelades, reduir el copagament en centres residencials per aconseguir una millora en els diners de butxaca, i el reconeixement dels quanties màximes en les prestacions econòmiques.
- Atendre el mes ràpidament possible la demanda insatisfeta d'hereus, suspensions i retroactivitat.

4.2.5. Envelliment actiu

- Definir i estructurar l'àrea d'envelliment actiu, creant programes que ho fonamenten.
- Coordinar i reestructurar els programes destinats a l'oci i temps lliure i atenció domiciliària.
- Millorar i modernitzar la cartera de serveis.
- Desenvolupar nous programes sociosanitaris.

4.3. Línies de Treball Bàsiques

- Reordenar els recursos públics existents sobre la competència que pertoca
- Municipalitzar i Descentralitzar serveis. Donar pes a la proximitat, empoderar als professionals a través de la formació, la coordinació, i la participació en les formes de treball.

- Empoderar als serveis socials com a creadors d'ocupació, donar-li rendibilitat social i econòmica.
- Desburocratitzar la intervenció i treballar en qualitat.
- Treballar per la prevenció i la Promoció
- Desmercantilització
- Treballar per las persones.

5. Conclusions

Totes les línies de treball i acció de futur plantejades és un procés de treball que també portarà un temps imprescindible.

Els canvis tampoc poden ser sincrònics. Uns porten més temps, uns altres són immediats o poden ser més ràpids.

Per conèixer la situació cal escoltar, per comprendre i per canviar.

Cal escoltar i transmetre, escoltar les reivindicacions per analitzar-les, perquè hi ha molta reivindicació dins d'un model passat. Cal animar per anar més lluny, per articular processos de resolució de processos, no només de resolució de situacions.

No es tracta solament de fer millores. Cal un canvi de paradigma elaborat des de la teoria de les ciències socials i des de la teoria de la pràctica. Cal avaluar, i no s'ha fet: cap al sistema públic; cap al municipalisme; cap a la prevenció; cap al rescat de les persones; eradicant el mercantilisme i procurant la justícia social.

Cal elaborar un nou model. cal planificar una nova forma d'actuar per aconseguir objectius de progrés social i de millora de les possibilitats dels sectors i les persones més desfavorides, des de la participació i la discussió (Martínez-Martínez i Uceda-Maza, 2015).

És un procés social al que cal incorporar a les universitats, als col·legis professionals, als treballadors de les administracions i als treballadors dels recursos, els centres, els serveis i els programes, a les associacions de famílies,...

I cal demanar un gran esforç i ser conscients que no tenim una vareta màgica, sinó una màgica motivació per a canviar, tots i totes junts anem a canviar el viatge perquè podrem virar el rumb al vaixell.

6. Bibliografia

- AA. VV (2009): *Herramientas para la mejora de la calidad*. Montevideo. Instituto uruguayo de Normas Técnicas. Consultado en <http://bit.ly/1HHZOZP>
- AZAGRA, J. Y ROMERO, J. (2012): *Desde la margen izquierda*. Valencia. PUV
- COLECTIVO IOE. (2013): «Sociedad y política social en el contexto neoliberal. Una lectura del modelo y de su crisis desde el Barómetro Social de España», *Documentación Social*, nº 170, pp. 71-90.

- FANTOVA, F. (2013): «Construyendo una agenda en políticas sociales», *Documentación Social*, nº 171, pp. 37-59.
- GARCÍA HERRERO. G. (coord.). (2007): *Las nuevas Leyes de Servicios Sociales. Criterios para valorar su elaboración o sus contenidos*. Madrid. Asociación de Gerentes y Directoras de Servicios Sociales. Consultado en <http://bit.ly/2cV1tpz>
- IZAR LANDETA, J.M (2011). *Calidad y mejora continua*. México. México D.F
- MARTÍNEZ-MARTÍNEZ, L. Y UCEDA-MAZA, F.X (2015): «Presente, pasado y futuro de los Servicios Sociales Municipales en la Comunitat Valenciana: diagnóstico y propuestas para una nueva Ley». *TS Nova*, nº 11, pp. 69-90.
- MESTRUM, F (2014): «Las políticas sociales desde una perspectiva mundial», *Documentación Social*, nº 175, pp. 15-33.
- MIRA-PERCEVAL. M.T., DE ALFONSETI. N. Y GIMÉNEZ BERTOMEU. V.M. (2007): *Servicios Sociales. Estructura, dinámica, políticas y estrategias en España y la Comunidad Valenciana*. Alicante. Universidad de Alicante.
- MORENO FERNÁNDEZ, L. (2012): *La Europa asocial*. Madrid. Península.
- PRATS, J. (2011): *No solo se indignen. Propuestas para un Estado de bienestar sostenible*. Barcelona. Plataforma.
- ROMERO, J. Y BOIX, A (eds). (2015): *Democracia desde abajo. Nueva agenda para el gobierno local*. Valencia. PUV
- SANTOS MARTÍ. J. (2012): *El cuarto Pilar. Un nuevo relato para los Servicios Sociales*. Madrid. Paraninfo.
- UCEDA-MAZA. F. X. (2011): «Los Servicios Sociales en España: desarrollo y articulación en los nuevos escenarios», *Documentación Social*, nº 162, pp. 235-258.

1 Los Servicios Sociales en la Comunidad Valenciana

Lucía Martínez-Martínez
Francesc Xavier Uceda-Maza

1. Introducción

1.1. Proceso histórico del nacimiento de los Servicios Sociales

Como primer paso vamos a definir lo que entendemos por Servicios Sociales, y aquí coincidimos con García y Ramírez (1992) en concebirlos como un *sistema público para la garantía universal de derechos sociales*, dentro de las nuevas estrategias del bienestar social, y con Casado y Fantova al conceptualizarlos como:

La rama de actividades denominadas Servicios Sociales tiene como objetivo mediato 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. (2007: 36).

Este sistema, tal y como los conocemos hoy en día, nace con la aprobación de la Constitución (1978), y la asunción de competencias en materia de «asistencia social» por las Comunidades Autónomas (art. 148.1. 20ª de la Constitución Española)¹. Se convierten así en uno de los cuatro pilares del Estado del Bienestar Social, junto con el sistema de pensiones, sanidad y educación, y son calificados como de plena competencia autonómica.

1. El Estado no considera este tema competencia suya y aunque posteriormente a la aprobación de la Constitución hace intentos por legislar en la materia, de hecho, se elabora un borrador de ley, algunas CC. AA rechazan esta posibilidad, de acuerdo con este artículo 148, y a su vez son las que van introduciendo en sus Estatutos la competencia exclusiva en materia de Asistencia Social. (*Ley Orgánica 5/1982 de 1 de julio del Estatuto de Autonomía de la Comunitat Valenciana, artículo 31, apartado 24*).

A partir de 1982 las comunidades autónomas comienzan a legislarlos como materia propia, y como indica Vilà (2012) creando 17 legislaciones diferentes, no existiendo así 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.

Posteriormente se produce la aprobación de la Ley 7/1985 de Bases de Régimen Local, que establece la obligatoriedad, por parte de los Ayuntamientos, de prestar Servicios Sociales y de promoción y reinserción social en los municipios² de más de 20.000 habitantes, y a las Diputaciones se les asignan competencias en coordinación, asistencia y acción supramunicipal. Con la aprobación del Plan Concertado de Prestaciones Básicas de 1987 se establece la verdadera estructura básica del sistema. Se fundamenta en cuatro compromisos: gestión, cofinanciación, colaboración técnica e información. Uno de sus valores fundamentales es el establecimiento de las formas de financiación del sistema, se realiza un compromiso para la sostenibilidad del mismo, y se establece que cada administración realizará una aportación del 33% para su financiación.

Pasadas más de dos décadas de desarrollo de marcado carácter autonómico, el Estado decide intervenir en los Servicios Sociales y aprueba la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia, lo que provocó múltiples resultados, siendo uno de ellos que la gran mayoría de la ciudadanía y de los y las representantes políticos confundieran una parte del sistema con el todo, olvidándose de la existencia del resto de planes, programas y servicios que los conforman.

Debemos remarcar que los Servicios Sociales son el único sistema del bienestar donde la administración local ejerce amplias competencias, por tanto, es fundamental la armonización entre las Corporaciones Locales (Diputaciones y Ayuntamientos) y las Comunidades Autónomas.

Como se puede observar es un sistema complejo que precisa de gobernanza multinivel ya que: tiene dos niveles principales de desarrollo (la atención primaria y la especializada); la titularidad y competencia de los mismos puede pertenecer a tres administraciones públicas diferentes (CC.LL, CC.AA y AGE³) y también a la iniciativa privada; y su gestión puede ser pública pero lo es mayoritariamente privada (empresas con ánimo de lucro –sociedades anónimas, sociedades limitadas, ...– o sin ánimo de lucro –cooperativas, asociaciones, fundaciones, ...–), todas ellas pagadas con fondos públicos.

2. 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 (Diputaciones)

3. Corporaciones Locales (Ayuntamientos, Diputaciones, Mancomunidades...), Comunidades Autónomas y Administración General del Estado

1.2. Evolución histórica de los Servicios Sociales Valencianos

Los Servicios Sociales Valencianos con las transferencias del Estado, la aprobación de la Ley 7/1985 de Bases de Régimen Local, el impulso estatal del Plan Concertado de Prestaciones Básicas (PCPB) de 1987 inician una etapa de fuerte desarrollo. Son innovadores y creativos, su normativa es tomada como referencia desde otras Comunidades Autónomas: Plan de Ordenación de los Servicios Sociales en la Comunidad Valenciana (1987), Plan Conjunto de Actuación en Barrios de Acción Preferente (1988), Plan de Actuación de los Servicios Sociales Generales de la C. Valenciana (1989), Plan de Medidas de Inserción Social en la C.V (1990), Mapificación de los Servicios Sociales de la C.V (1991), y la propia Ley 5/1989 de Servicios Sociales de la C.V, que se aprueba cuando el sistema se encuentra prácticamente implantado (Doménech Pastor y García Roca, 1990).

1.2.1. Primera etapa de Inicio y Desarrollo (1983-1996)

Los primeros Servicios Sociales de Base, se establecerán como consecuencia de la rotura de la presa de Tous (1982), dentro del III Plan de Emergencia Social. Se contrataron 40 profesionales (trabajadoras/es sociales, educadoras/es, psicólogos/os) para los cinco ayuntamientos afectados (Ortín Pérez, 2003). A partir del año 1983⁴ 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 a alcance e implantación del territorio un salto cualitativo importantísimo, al estructurar una Red Básica de Servicios Sociales en el territorio que garantiza la proximidad y la accesibilidad a los recursos.

La unidad básica de gestión se establece en el municipio o la comarca, al que se le atribuye la realización del principio de descentralización y de desconcentración «...que acercará los servicios a los/as usuarios/as más allá de las complejidades burocráticas, facilitará la participación y asentará un proceso de integración orgánica y funcional». (Doménech Pastor y García Roca. 1990).

En prácticamente una década (1983-1993), los Servicios Sociales Valencianos se hicieron presentes en todo el territorio de la C. Valenciana y definieron los principales ejes de su marco normativo. A partir de estas bases, como sucedió en el resto de CC. AA, cabía desarrollar el sistema no tanto en extensión sino en intensidad y calidad protectora (en esto se había de concentrar los esfuerzos), pero la evolución del sistema fue por otros derroteros.

4. En los años 1982/83 se crean los Equipos de Intervención, con carácter experimental, en Valencia (Fuensanta y Malvarrosa), Buñol, Paterna, Sagunto y Carlet mediante un concierto entre la Diputación y los respectivos municipios. Son equipos inicialmente diseñados para la prevención de la marginación del menor, como paso previo en su configuración como Centros Municipales de Servicios Sociales (Andrés y Uceda-Maza, 2007).

1.2.2. Segunda etapa de Fragmentación, dispersión y desmovilización (1996-2006)

En el año 1997 se aprueba la Ley 5/97 de Servicios Sociales de la C. V⁵, que legitima la fragmentación de los Servicios Sociales, y sobre todo dota de un marco estable al proceso de privatización del sistema público, pero sin planificar territorial ni funcionalmente como se debían atender las necesidades. El Consell obvia el desarrollo de su propia ley⁶ e inicia una etapa de aprobación de normativas que, lejos de armonizar el sistema, lo fragmentan y diluyen. Forman parte del entramado de normativas que diluyen el sistema; Ley 12/2008 de Protección Integral de la Infancia y la Adolescencia, Ley 4/2001 del Voluntariado, la Ley 5/2009 de 30 de junio, de Protección de la Maternidad, y otros muchos decretos y órdenes que regulan prestaciones y ayudas, pero no servicios y programas.

Promovidas y gestionadas por la Generalitat, aparecen «nuevas ayudas económicas individuales»⁷; heterogéneas, inconexas y dispares, que van sustituyendo servicios e intervenciones profesionales que hasta entonces se realizaban desde las entidades locales. Estas ayudas económicas no demandan intervención profesional ni forman parte de un programa de inserción social, lo que supone un retroceso en cuanto a las políticas sociales que se habían ido implantando y que iban enfocadas a actuar sobre las causas de los problemas. Este nuevo estilo de políticas sociales invade claramente las competencias municipales, a quienes, tanto la Ley 7/85 de Régimen Local como la Ley 5/97 de Servicios Sociales de la Comunidad Valenciana reconocen la titularidad y gestión de los Servicios Sociales generales. Además, corresponden a la ideología neoliberal instaurada en casi toda Europa «que piensa en términos de “pobres merecedores” y “pobres no merecedores”» (Mestrum. 2014: 26), dejando de lado la idea de desarrollo comunitario, participación y empoderamiento.

Promovidos por el gobierno autonómico se instauran en los municipios «nuevos servicios», que prestan atenciones de competencia municipal que ya se prestaban anteriormente desde los Equipos Base, tales como los *Seafis*, servicio para la atención a la familia e infancia, *Amics*, para información y orientación a

5. Ley 5/1997, de 25 de junio, de la Generalitat Valenciana, por la que se regula el Sistema de Servicios Sociales en el ámbito de la Comunitat Valenciana (DOGV, nº 3028, de 4 de julio y corrección de errores DOGV nº 3032 de 10 de julio).

6. Preveía el desarrollo de planes que aclaraban el sistema y especialmente el papel de los ayuntamientos como: Plan Concertado de Servicios Sociales, Plan General de Ordenación, Plan de Financiación de las Entidades Locales, Convenios plurianuales con las entidades locales que no se han desarrollado. (Belis y Moreno, 2002).

7. Nos referimos, entre otras, a: Ayudas para el cuidado de ancianos y ancianas desde el ámbito familiar, Ayudas para alquiler de la vivienda habitual a familias con menores, Ayudas para la adquisición de libros de texto, Ayudas para financiar estancias en residencias de 3ª edad (BONO-RESIDENCIA), para personas con discapacidad (BONAD), BONO-RESPIRO, para familiares que atienden a personas mayores en situación de dependencia, Ayudas para «Amas de Casa», Ayudas de Protección a la Maternidad, etc.

inmigrantes, *Menjar a casa, Major a casa*, para la tercera edad, Red de Centros Infodona y Centros Mujer 24 Horas, para asesoramiento en materia de igualdad de género y de protección a la víctima de maltrato, ... Esto también supone una injerencia en las políticas municipales, lo que no contribuye a la consolidación del sistema sino a su dispersión, con efectos negativos en la prestación de servicios, la resolución de necesidades y el proceso hacia la cohesión social y territorial.

Como consecuencia de estas actuaciones se desarrolla una estructura fraccionada, con proliferación de servicios inconexos, contrataciones de personal específicamente para los mismos, que carecen de conocimiento y conciencia global del sistema y que limitan la visión a su parcela diaria. También hace mella en la ciudadanía que percibe un sistema dispar, mal estructurado, duplicado, que los hace ir «de ventanilla en ventanilla», y con grandes diferencias de unos territorios a otros, lo que les lleva a «intuir» sobre su discrecionalidad.

Los nuevos servicios y recursos se ordenan más desde lo sectorial y las oportunidades de negocio que desde las necesidades de la ciudadanía. El territorio ya no es el referente del sistema.

1.2.3. Tercera etapa de judicialización de los Derechos Sociales (2006-2014)

Dos leyes, una estatal y una autonómica marcan la diferencia con las etapas anteriores, al establecer por ley unas prestaciones de DERECHO en el ámbito de los Servicios Sociales, superando el criterio de discrecionalidad por el de derecho subjetivo, obligando a las administraciones a prestar determinados servicios y prestaciones y otorgando a los ciudadanos y las ciudadanas la potestad de reclamarlos. Estas son la Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, y la Ley 9/2007 de Renta Garantizada de Ciudadanía de la C.V.

En el conjunto del Estado Español otras CC. AA aprovechan la aprobación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia para modificar sus leyes de Servicios Sociales y modernizarlas, acercándolas a la realidad social del momento, incluyendo en ellas el derecho subjetivo, catálogos de recursos garantizados y no garantizados, etc.

Sin embargo, en la práctica, en la C. Valenciana la aplicación de estas leyes no ha alcanzado las expectativas y mandatos establecidos en las mismas, y su desarrollo ha sido deficitario, entre otras razones, por la realidad de desestructuración y privatización de los Servicios Sociales, y sobre todo por la falta de voluntad política para aplicarlas, a pesar de que una de ellas nació del propio Govern Valencià.

El sistema se instaura permanentemente en la desestructuración, se suprimen servicios, se reducen prestaciones y equipos, los impagos a los ayuntamientos y las entidades de acción social es lo habitual. La C. Valenciana se caracteriza por que los ciudadanos y las ciudadanas han de exigir sus derechos en los tribunales.

2. La ordenación actual: situación legal y su ordenación

El sistema de Servicios Sociales de la Comunidad Valenciana presenta escasa legislación básica que establezca y ordene el sector, en cambio presenta gran cantidad de legislación de menor rango (decretos, órdenes, resoluciones y circulares) que propician la desestructuración y dispersión del sector, y que se modifica de forma constante en función del capricho del legislador, no en función de la necesidad real de las mismas.

Como legislación básica existen las siguientes: Ley 5/97 de Servicios Sociales de la CV, Ley 9/2007 de Renta Garantizada de Ciudadanía de la C.V, Ley 12/2008 de Protección Integral de la Infancia y la Adolescencia de la C.V, Ley 13/2008 reguladora de los Puntos de Encuentro Familiar de la C.V (que prácticamente han desaparecido), Ley 5/2009 de Protección de la Maternidad⁸, Ley 7/2012 Integral contra la Violencia sobre la Mujer en el ámbito de la C.V, y Ley 11/2003 sobre el Estatuto de las Personas con Discapacidad. En la legislación básica no aparecen temas tan necesarios como: ordenación funcional de los Servicios Sociales (generales y especializados); una ordenación territorial; una cartera de recursos de sistema; calidad; financiación del sistema; ...

La primera ley de Servicios Sociales de la C. Valenciana (Ley 5/1989) es similar a todas las de primera generación que «tienen la virtud de conseguir institucionalizar un nuevo sistema de protección social» (Santos, 2012: 106). Con ellas «se busca diseñar un sistema claramente diferenciado de la herencia benéfico-asistencial propia del periodo franquista» (Carbonero y Caro, 2013: 123).

En el año 1997 se aprueba la segunda ley, la Ley 5/97 de Servicios Sociales de la C. Valenciana, que pertenece al grupo de las leyes de segunda generación. Para Vilà (2012) no aportan nada nuevo o substantivo a las anteriores, solo buscan la extensión y consolidación del sistema, y en algunos casos, solo dejar la impronta política del nuevo partido que asciende al poder. Esto último fue lo sucedido en la C. Valenciana, aprobándose una nueva ley que prácticamente no ha sido desarrollada⁹. En los años siguientes el Consell inicia una etapa de aprobación de normativas que como hemos comentado anteriormente, lejos de armonizar el sistema, lo fragmentan y diluyen, incluso contradicen a la Ley 5/97 (Uceda-Maza, Pitarch, Pérez-Cosín y Rosaleny, 2012). Este nuevo modelo que no cumple sus propias normativas, es desestructurado y disperso, y sobre todo oscuro y graciable, es lo que ha sido denominado en múltiples ocasiones *El Modelo Valenciano de Servicios Sociales*, que en realidad debe ser considerado un *antimodelo*. Este «antimodelo»

8. Esta ley según Girva y Cano (2010:36), «lejos de avanzar en la igualdad de género, representa un importante retroceso en cuanto a estereotipos se refiere y delega toda la responsabilidad, tanto del nacimiento como del posterior cuidado de las/os hijas/os, en las mujeres».

9. Preveía el desarrollo de planes que aclaraban el sistema y especialmente el papel de los ayuntamientos como: Plan Concertado de Servicios Sociales, Plan General de Ordenación, Plan de Financiación de las Entidades Locales, Convenios plurianuales con las entidades locales que no se han desarrollado (Belis y Moreno, 2002).

se caracteriza por «haberse desarrollado de forma centralizada, desordenada, con escasa calidad y al margen del territorio» (Uceda-Maza, Domínguez y Martínez, 2015: 111).

La Ley 5/1997 de Servicios Sociales de la C. Valenciana determina las competencias de la Generalitat Valenciana en Servicios Sociales, estableciendo entre otras la de «elaborar un plan general de Servicios Sociales de carácter plurianual que tendría como objetivo reducir los desequilibrios territoriales y las deficiencias estructurales en dicha materia en el ámbito de la Comunitat Valenciana» (art 5.a) y «establecer las prioridades tanto en la programación de las actuaciones como en las inversiones que deban realizarse en los equipamientos de Servicios Sociales» (art. 5.c).

Como explica Elena Roldan en las Primeras Jornadas Nacionales sobre Planificación en Servicios Sociales¹⁰;

En las leyes autonómicas la competencia o facultad de planificación se encomienda sistemáticamente al gobierno de la respectiva comunidad autónoma, por medio de los planes y programas de actuación que apruebe. Algunas leyes contemplan expresamente el Mapa de Servicios Sociales como el instrumento técnico general de información, planificación y programación que deberá ser periódicamente actualizado y ha de servir de base para la elaboración de los planes y programas de actuación. (2007: 24).

En esta Ley 5/97 de Servicios Sociales de la C. Valenciana no se nombra específicamente la realización del Mapa de Servicios Sociales, pero sí de un Plan General de Servicios Sociales, en el cual a nuestro juicio estaría incorporada la mapificación como instrumento esencial de cualquier planificación. Para encontrar en nuestra Comunidad un instrumento de planificación cabe retrotraerse a 1991 (hace 25 años) cuando se realizó la *Mapificación de los Servicios Sociales de la C.V.*, posteriormente no se ha actualizado el documento ni se ha realizado ningún documento de planificación paralelo.

Yendo a aspectos más concretos del sistema valenciano vemos que se distingue entre los *Servicios Sociales generales* y los *especializados*. Los primeros se configuran como atención en primera instancia de las necesidades básicas desde los municipios, y los segundos están destinados a la atención de sectores de población con una mayor coordinación y articulación en el ámbito técnico y profesional, y deben ser desarrollados desde la Comunidad Autónoma.

A los generales se les dota del siguiente *contenido*: a) Servicio de Información, Orientación y Asesoramiento Técnico; b) Servicio de Ayuda a Domicilio; c) Programas de Cooperación Social; d) Programas de Convivencia y Reinserción Social; e) Programas de Ocio y de Tiempo Libre; f) Programas que tendrán como objetivo la atención de las necesidades más básicas y g) Programas de Prevención

10. Ponencia *Cambio social y efectos sobre el sistema de Servicios Sociales*, dentro de las «I Jornadas nacionales sobre Planificación en Servicios Sociales» celebradas en La Rioja en 2007.

y Reinserción Social. Y los Servicios Sociales especializados de competencia de la Generalitat que los divide por sectores de población como, infancia, juventud, tercera edad... estigmatizando así en parte a estos colectivos, en lugar de dividirlos por la atención que se deben prestar a las necesidades de las personas en general, como hace la gran mayoría de CC.AA.

Reparte las *competencias entre la Generalitat y los entes locales*, dando a las Diputaciones la competencia de apoyar a los municipios de menos de 10.000 hab. No existe un nivel intermedio de Servicios Sociales entre lo local y lo autonómico, los llamados –*Servicios Sociales específicos*–, como en otras CC. AA, y ha sido el nivel local el que ha tenido que encargarse de desarrollar numerosos programas específicos, que superan su capacidad, en sectores como la infancia, mujer, exclusión social, tercera edad... generando obligaciones y costes que corresponden a la Generalitat Valenciana. Para los Servicios Sociales generales no se ha realizado ninguna normativa o documento de planificación, y lo mismo sucede con los Servicios Sociales especializados. La organización territorial y funcional de los Servicios Sociales Valencianos es una asignatura pendiente después de 20 años.

La Ley 5/97 de Servicios Sociales apoya una *mercantilización de lo social* (art. 13 y del 45 a 53), ya que anunciaba una progresiva extensión de la privatización en los Servicios Sociales Especializados en la que participan las organizaciones del sector no lucrativo, las entidades mercantiles y la solidaridad social (voluntariado). En la Comunidad Valenciana se ha roto el equilibrio entre los diferentes sectores, destacando un progresivo incremento en la prestación de servicios desde el sector privado, fundamentalmente desde entidades mercantiles, así como desde organizaciones no lucrativas. En este sentido se ha producido un proceso de *mercantilización orientada a la demanda*, caracterizada en limitar la intervención pública, tanto en la financiación de los servicios como en su prestación, y en proceder, simultáneamente, a la adopción de medidas destinadas a incrementar la demanda de Servicios Sociales privados. La idea básica de este modelo es que, con el apoyo y los incentivos adecuados, la demanda puede reorientarse hacia la oferta privada, determinando así la creación de un mercado privado de servicios.

La introducción de bonos o cheques-servicio o de desgravaciones fiscales asociadas a la contratación de servicios privados va en esa dirección. Esta mercantilización conlleva efectos perversos en el sistema como: a) un progresivo abandono de la red pública, única garante de la igualdad; b) una fragmentación de la red y una pérdida de visión global e integral en la intervención, y c) el abandono de los colectivos más desfavorecidos a la intervención exclusiva de entidades no lucrativas –o lucrativas– financiadas mediante la subvención (que cada año puede variar) o financiadas mediante la filantropía, con el objetivo de generar, no derechos, sino redes clientelares.

Toda esta arquitectura del Sistema Valenciano de Servicios Sociales se apoya en las ideas neoliberales, que como indica Francine Mestrum (2014) se basan en que la política social no debe ser universal, no debe atender al conjunto de la ciudadanía, sino que solo debe estar dirigida a las personas extremadamente pobres, y que su atención debe basarse en la economía y el beneficio, propiciando con esta política social el crecimiento, la productividad y la estabilidad económica

del mercado, a dónde acudirán los –no pobres– a pagar sus servicios y para –los pobres– serán pagados con la filantropía a empresas privadas que dinamizarán la economía. Esta es una nueva lógica y un nuevo paradigma social basado en el abandono del Estado de su papel de redistribuidor de recursos o de garante del desarrollo social o de los derechos sociales, que para esta ideología no existen.

Otra de las situaciones que encontramos en el actual modelo de Servicios Sociales es el *abandono del enfoque comunitario*. Inicialmente los Servicios Sociales se articularon sobre un modelo comunitario, esa era la lógica de acción, quizás por ser la primera estructura de lo social que se ubicaba con fuerza en el ámbito de lo local, las ideas desinstitucionalizadoras que se aplican con gran fuerza en la época, y la formación de las trabajadoras y los trabajadores sociales con textos de América Latina, y ante la carencia de una estructura articulada en torno a «recursos y prestaciones especializados».

En un modelo comunitario se conjugan la necesaria personalización de la intervención social con la consideración de las familias, los grupos y las comunidades como contexto, cauce y, en algún sentido, también como destinatarias de la intervención. Se trata del modelo de atención comunitaria en el que se intenta responder a las necesidades, demandas y expectativas partiendo de una visión integral de la persona en su entorno y buscando la continuidad en los procesos de intervención –transversal, mediante la combinación de diferentes servicios, y longitudinal, a lo largo de la vida– (Casado y Fantova, 2007).

Modelo comunitario que pone el énfasis en la prevención y en la atención a las personas en sus contextos, de la manera más normalizada y menos restrictiva que sea posible, respetando y protegiendo siempre la diversidad humana. Es un modelo que intenta influir en los entornos familiares, grupales y comunitarios, que en sí son dónde la persona interactúa y se socializa a lo largo de su vida. Es un modelo de proximidad, de integralidad, orientado a la convivencia, a la inclusión.

La intervención comunitaria al final de la década de los 90 pasó a entenderse como un programa específico de la atención primaria, paralelo a otros programas y con sus propios objetivos específicos, esto llevó a una fragmentación del modelo de intervención y finalmente a la desaparición de estos programas. La intervención comunitaria debe estar presente en todos y cada uno de los programas, debe concebirse al servicio de los otros programas, debe ser una herramienta al servicio de los objetivos específicos de los programas puestos en marcha en la atención primaria de Servicios Sociales.

Otra de las circunstancias que afectan negativamente a los Servicios Sociales Valencianos es el *deterioro en el ejercicio profesional*. A nadie escapa que la y el profesional no actúa al margen de un sistema que se rige por unas normas y procedimientos. Los Servicios Sociales son un sistema estratégico para las y los profesionales del Trabajo Social, no sólo porque somos las y los técnicos de referencia del sistema, sino porque de su configuración y entramado dependen muchas de las posibilidades de desarrollo de nuestra profesión. Un buen sistema de Servicios Sociales ofrece un marco facilitador para una mejor intervención técnica. Por el contrario, un sistema de Servicios Sociales débil, fragmentado y precario influirá negativamente en las expectativas y realizaciones profesionales. Cuando

el sistema de Servicios Sociales es maltratado, lo son también sus profesionales. A nadie escapa la finalidad de denominar puestos de trabajo con terminología confusa como «técnicos medios en acción social o técnicos medios en menores» que no se corresponden con ninguna titulación académica. La infravaloración de las titulaciones y la división de profesionales intencionada, hace el trabajo de segar las bases de corporativismo profesional que pueden ayudar a denunciar las pésimas directrices y actuaciones dentro del mismo.

Como la información más concreta y explícita que existe sobre el Sistema de Servicios Sociales Valenciano, incluimos la tabla que se muestra a continuación, realizada en un grupo de discusión formado por profesionales de referencia en el sector.

Tabla 1. Características del Modelo Valenciano de SS.SS.

Características	Situación Valenciana	Implicaciones en el ámbito local	Observaciones
Planificación	Los únicos documentos existentes son el <i>Plan de actuación de SS.SS.</i> (1989) y la <i>Mapificación de SS.SS.</i> (1991)	Se desconocen las necesidades en su conjunto, la adecuación de los recursos y la justificación de su ubicación. Graves desequilibrios territoriales en la distribución de los recursos. Inexistencia de previsión y prevención en las actuaciones.	Las CC. AA, publican cada cinco años su planificación estratégica.
Coordinación y cooperación	No existen niveles, instrumentos, ni protocolos que favorezcan la coordinación y cooperación entre la Generalitat, las Diputaciones y los Ayuntamientos. Tampoco entre lo público y lo privado.	No es posible racionalizar ni optimizar los escasos servicios y programas existentes. La ciudadanía sufre la descoordinación pues la resolución de múltiples situaciones y expedientes requiere de la cooperación institucional.	Otras CC. AA, han aprobado normativas para garantizar la coordinación y cooperación institucional.

Características	Situación Valenciana	Implicaciones en el ámbito local	Observaciones
Participación	El Consejo Valenciano de B.S., existe formalmente, pero sin contenido. Se han creado consejos sectoriales (mayor, etc.), pero sin contenido.	Existen Ayuntamientos donde se han creado estructuras de participación (p.e. Ayto. Valencia Taules de Solidaritat) pero en la mayoría no se han creado, o sólo formalmente.	Cada grupo de interés (asociaciones, etc.) impulsa sus acciones y acuerda su financiación, perdiendo la visión holística.
Prestaciones y Servicios	Inexistencia de Catálogo y Cartera de Servicios y prestaciones del sistema, donde se regula la extensión e intensidad.	En cada Ayuntamiento y en función de sus posibilidades, sensibilidad política, impulso profesional, etc., se implantan unos programas o servicios, se desarrollan de una manera u otra, o no se desarrollan.	En las CC. AA se han publicado catálogos y carteras de Servicios y Prestaciones donde se identifican titular, extensión e intensidad. Los niveles básicos y complementarios de las prestaciones.
Evaluación y Calidad	No existe ningún documento que evalúe el sistema. No se han implantado sistemas de calidad, donde se recaben las aportaciones de los grupos de interés: profesionales, usuarios/as y entidades de acción social. La C.V es la única que no dispone de un análisis de datos del SIUSS.	Los ayuntamientos no disponen de estándares de calidad sobre los que analizar y evaluar sus servicios y prestaciones. Cada Ayto. elabora su propia forma de recoger los datos, y analizarlos. Existe Ayuntamientos en los que no se ha implantado o se ha hecho muy deficientemente el SIUSS.	Las CC. AA, han implantado el SIUSS en todos los ayuntamientos y las memorias se elaboran a partir del mismo. Existen planes de Calidad, para reconocer y aplicar estándares.
Apoyo Técnico, soporte y supervisión	No existen mapas de procesos ni procedimientos unificados. No existen equipos de supervisión profesional y de análisis del sistema. Sólo existen para actuaciones sectoriales: violencia de género, maltrato infantil, ...	Cada ayuntamiento ha desarrollado sus procesos y procedimientos. Se ahonda cada vez más en la desigualdad entre los municipios y por ende entre la ciudadanía. Prevalencia de la inercia institucional y burocrática.	Otras CC. AA, han desarrollado mapas de procesos y procedimientos para cada uno de los Servicios y prestaciones. Existen equipos de supervisión profesional.

Características	Situación Valenciana	Implicaciones en el ámbito local	Observaciones
Financiación de los SS.SS de las Corporaciones Locales	<p>No existen convenios plurianuales para el sostenimiento de estructuras y equipos permanentes. Incumplimiento del sistema pactado en el Plan Concertado del 33% de cada administración. Se invierte 212,15€ (entre Generalitat y Aytos).</p>	<p>Los ayuntamientos cada año se encuentran con la incertidumbre, de cuanta financiación dispondrán para los servicios y prestaciones. Los ayuntamientos sostienen el 70% el sistema, frente al 20% la Generalitat y el 10% el Ministerio. Cada ayuntamiento destina en función de su capacidad, compromiso y sensibilidad. Infr FINANCIACIÓN e inestabilidad en el sistema.</p>	<p>En otras CC. AA (p.e. Extremadura, Castilla y León, etc.), es la CA la principal financiadora del sistema (aprox. 60-70%). La media anual de inversión en España es 331,41€ x hab. (País Vasco 554,64€ x hab.).</p>
Reconocimiento de derechos y modelo	<p>Prácticamente todas las prestaciones se hallan dentro de un modelo de asistencia social, es decir, vinculadas a que haya presupuesto y más basadas en lo económico que en las intervenciones profesionales</p>	<p>Los ayuntamientos necesariamente han de desarrollar un modelo prestacionista y asistencial. Cada vez existen menos intervenciones profesionales y más prestaciones dinerarias.</p>	<p>Las CC. AA, más avanzadas se han decantado por un modelo basado en el derecho subjetivo y por la intervención profesional y en red.</p>
Profesionales y equipos	<p>No existe por parte de la Generalitat ningún análisis sobre las ratios necesarias, en función de población etc. La Ratio de población por UTS es en la C.V. de unos 22.000 hab.</p>	<p>Cada ayuntamiento destina en función de su capacidad, compromiso y sensibilidad. Sobrecarga y saturación profesional.</p>	<p>La ratio de UTS (media española) es de 9.000 hab. La Rioja es la mejor posicionada con 1.185 hab. x UTS y Catalunya la más cercana con 12.500 Hab. x UTS.</p>

Características	Situación Valenciana	Implicaciones en el ámbito local	Observaciones
Organización funcional	Solo existen dos niveles; generales y especializados. El salto de la atención de lo primario a lo especializado/ residencial es excesivo, sin un nivel que ayude a que las actuaciones no deban salir del ámbito de residencia habitual del ciudadano/a	El necesario nivel intermedio ha tenido que ser impulsado y financiado por los Ayuntamientos. Tiene escaso apoyo o reconocimiento por parte de la Generalitat. La gran mayoría de municipios de la C.V carecen de este nivel intermedio.	Todas las CC. AA disponen de tres niveles; comunitarios, específicos y especializados. El pase de una atención primaria a una muy especializada es un sobre coste del sistema actual y potencia su mercantilización
Organización territorial	No existe	Cada ayuntamiento o agrupación de los mismos se ha desarrollado a su libre albedrío. Abandono de los municipios rurales.	Todas las CC. AA lo han legislado estableciendo <i>Zonas</i> de SS.SS. (con unos 20.000 hab.) y <i>Áreas</i> de SS.SS. (con unos 100.000 hab.)
Autonomía y Dependencia	Creación de un sistema paralelo al de SS.SS. Irrelevante implantación del sistema: prevalencia de la prestación económica sobre los servicios, el limbo ¹¹ de la dependencia. Normativa propia más restrictiva que la estatal. La C.V invierte 62.21€xhab/año en el sistema	Los Smad's no se adaptan a la demarcación de los Servicios Sociales municipales. La atención se escora hacia prestaciones vinculadas al servicio en lugar de servicios públicos propios que generarían empleo.	Otras CC. AA han implantado la dependencia dentro del sistema de SS.SS. Tenemos una puntuación de 0,4 sobre 10, mientras que la media de las CC. AA es de 4,7, y la mejor valorada, Castilla y León, cuenta con un 9,6. ¹² La media de inversión de las CC. AA hab/año es de 109.25€, y la de mayor inversión es Cantabria con 174.35€.

11. Denominación otorgada por la Asociación de Directoras y Gerentes de SS.SS que hace referencia a los expedientes de la dependencia en el trascurso del tiempo desde su solicitud a su resolución.

12. Datos de XII Dictamen de la Dependencia (Enero 2014), realizado por la Asociación estatal de gerentes y directoras de Servicios Sociales.

Características	Situación Valenciana	Implicaciones en el ámbito local	Observaciones
Rentas Mínimas: renta garantizada de ciudadanía	Derecho subjetivo no garantizado. Criterios de inclusión restrictivos. Sin profesionales ni programas de acompañamiento.	Diferentes decisiones políticas: municipios con convenio y otros sin convenio, con repercusiones importantes en el abono de la prestación a las personas. Sobrecarga de los profesionales.	Según datos de 2011 ¹³ la C.V tenía 16.982 beneficiarios frente a los 52.425 de Madrid que tiene una población similar a la valenciana y menor tasa de pobreza

Fuente: Andrés Arseguet, F., García Aya, M., Martínez-Martínez, L., Martínez i Llopis, M., Moreno Vaño, A., Rovira Prats, J., Sánchez Menaya, J.E., Soriano Mira, M.J., Uceda i Maza, F.X., en Romero. J y Boix. A. (2015). *Democracia desde abajo. Nueva agenda para el gobierno local.*

Una primera panorámica de los Servicios Sociales valencianos es su alejamiento 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.

Un hecho 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 toda una cartera de servicios sin acompañamiento presupuestaria, ni vinculación institucional y sin garantía de los derechos sociales.

3. Los Servicios Sociales de la Comunidad Valenciana en cifras

Una de las formas que desvelan la situación de cualquier sistema social son los datos cuantitativos que de él se conocen. Para el sistema de Servicios Sociales no existen muchos datos, y menos en la C. Valenciana que hasta ahora ha obviado

13. Datos del Informe de rentas mínimas de inserción (2011). Mº Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

persistentemente el crear y/o mantener estadísticas sobre el sector, por ello vamos a utilizar datos del *Informe DEC 2015* que debemos agradecer a la Asociación Nacional de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales y de las *Memorias del Plan Concertado de Prestaciones Básicas*¹⁴ 2012 (último año publicado) donde la C. Valenciana no tiene datos en todos sus ítems, solo en algunos de ellos.

Por lo que respecta a los datos de la Memoria de PCPB 2012 según los datos globales del mismo las aportaciones de cada una de las administraciones públicas que intervienen en el mismo (Ministerio, CC. AA y CC. LL) y que debemos recordar era un porcentaje de financiación del 33'33% para cada una de ellas, es el siguiente:

14. A partir de ahora PCPB

Tabla 1. Portaciones al PCPB 2012 de todas las AA. PP

ADMINISTRACIÓN	MINISTERIO		COMUNIDAD AUTÓNOMA		CORP. LOCALES		ADMINISTRACIÓN		MINISTERIO
	APORTACIÓN	%	APORTACIÓN	%	APORTACIÓN	%	APORTACIÓN	%	
CC.AA.									
Andalucía	8.345.043,00	1,44	408.628.335,2	70,28	162.283.188,2	27,91	2.179.352,87	0,37	581.435.919,27
Aragón	1.631.628,31	5,1	3.970.255,69	12,42	26.367.116	82,48	0,00	0	31.969.000
Canarias	2.060.136,75	3,06	15.646.128,05	23,2	49.727.801,66	73,74	0,00	0	67.434.066,46
Cantabria	727.993,47	2,98	13.078.712,3	53,51	10.635.592,17	43,51	0,00	0	24.442.297,94
Castilla-La Mancha	2.482.052,76	12,43	11.845.577,61	59,34	5.635.668,54	28,23	0,00	0	19.963.298,91
Cataluña	6.697.445,71	3,29	81.659.827,03	40,15	115.043.003,19	56,56	0,00	0	203.400.275,93
C. de Castilla y León	3.593.820,27	3,27	65.689.538,35	59,72	40.715.304,5	37,01	0,00	0	109.998.663,12
C. de Madrid	5.413.333,05	3,11	94.274.062,83	54,23	74.169.694,16	42,66	0,00	0	173.857.090,04
Ciudad de Ceuta	335.444,20	47,5	370.763,79	52,5	0	0	0,00	0	706.207,99
Ciudad de Melilla	335.440,20	4,03	7.992.099,23	95,97	0	0	0,00	0	8.327.543,43
Comunitat Valenciana	4.686.752,23	5,97	14.523.158,42	18,5	59.295.107,99	75,53	0,00	0	78.505.018,64
Extremadura	1.628.332,09	22,53	4.154.294,89	57,47	1.445.656,81	20	0,00	0	7.228.283,79
Galicia	3.938.981,47	4,06	9.020.493,27	9,3	83.612.154,38	86,21	417.239,20	0,43	96.988.868,32
Illes Balears	909.285,49	2,32	3.001.117,24	7,67	35.171.560,85	89,91	35.000,00	0,09	39.116.963,58
La Rioja	706.332,60	33,31	706.332,6	33,31	708.083,62	33,39	0,00	0	2.120.748,82
Principado de Asturias	1.477.647,80	2,55	38.138.238,58	65,84	18.306.726,87	31,61	0,00	0	57.922.613,25
Región de Murcia	1.391.946,11	6,87	6.429.424	31,75	12.426.266,3	61,37	0,00	0	20.247.636,41
Suma:	46.361.619,51	3,04	779.128.359,08	51,14	695.542.925,24	45,65	2.631.592,07	0,17	1.523.664.495,9

Fuente: Memoria PCPB 2012. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Vemos que las corporaciones locales valencianas son de las que más aportan al sostenimiento de los Servicios Sociales de sus territorios con un 75,53% del total de la financiación, lo mismo sucede con aquellas CC. AA donde sus gobiernos autonómicos no cumplen con sus obligaciones (Canarias, Baleares, Aragón y Galicia)¹⁵. La media de aporte de las CC. LL se sitúa alrededor del 45,65%.

Las aportaciones del ministerio que en teoría deberían estar entorno a un 33,33% del total de la financiación, como sí que es en el caso de La Rioja, suelen estar en torno a una media del 3,04%, siendo para la C. Valenciana del 5,97%.

Las CC. AA aportan una media del 51,14%, en la C. Valenciana tan solo un 18,5%, frente al 70,28% de Andalucía o el 54, 23% de Madrid.

La memoria del PCPB realiza un desglose del gasto en Servicios Sociales por partidas; personal, prestaciones, mantenimiento e inversión, que se presentan a continuación.

15. La propia memoria del PCPB marca una población de 4.617.947 de habitantes para la C. Valenciana, de 8.424.102 para Andalucía, de 7.533.945 para Cataluña y de 6.489.680 para Madrid.

Tabla 2. Distribución total del gasto según partidas. Año 2012

ADM.	PERSONAL		PRESTACIONES		MANTENIMIENTO		INVERSIÓN		TOTAL	REM. INCORP.
	GASTO	%	GASTO	%	GASTO	%	GASTO	%		
CC.AA.										
Andalucía	52.338.757,64	9,05	515.953.291,53	89,21	8.720.309,46	1,51	1.318.865,85	0,23	578.331.224,48	3.104.694,79
Aragón	12.982.125,59	40,61	18.986.874,41	59,39	0,00	0	0,00	0	31.969.000	0
Canarias	21.662.755,18	32,66	41.528.396,68	62,62	3.129.096,97	4,72	0,00	0	66.320.248,83	1.113.817,63
Cantabria	6.517.526,65	26,66	17.502.333,66	71,61	415.030,90	1,7	7.406,73	0,03	24.442.297,94	0
Castilla-La Mancha	17.882.214,25	97,54	0,00	0	451.524,21	2,46	0,00	0	18.333.738,46	1.629.560,45
Cataluña	105.130.422,56	51,59	94.355.618,16	46,39	3.914.235,21	1,92	0,00	0	203.400.275,93	0
Comunidad de Castilla y León	33.18.725,42	30,17	75.894.728,56	69	901.227,21	0,82	12.981,93	0,01	109.998.663,12	0
Comunidad de Madrid	21.332.898,00	12,27	150.990.274,44	86,85	1.533.917,60	0,88	0,00	0	173.857.090,04	0
Ciudad de Ceuta	475.571,74	67,34	230.636,25	32,66	0,00	0	0,00	0	706.207,99	0
Ciudad de Melilla	2.309.238,29	27,73	5.911.305,14	70,98	100.000,00	1,2	7.000,00	0,08	8.327.543,43	0
Comunitat Valenciana	21.377.406,65	27,23	56.084.548,19	71,44	1.043.063,80	1,33	0,00	0	78.505.018,64	0
Extremadura	6.950.183,78	96,21	0,00	0	273.750,00	3,79	0,00	0	7.223.933,78	4.350,01
Galicia	35.474.983,83	36,72	58.236.699,30	60,28	2.568.760,13	2,66	324.140,08	0,34	96.604.583,34	384.284,98
Illes Balears	17.953.943,11	45,9	20.175.786,01	51,58	880.314,97	2,25	106.919,49	0,27	39.116.963,58	0

ADM.	PERSONAL		PRESTACIONES		MANTENIMIENTO		INVERSIÓN		TOTAL	REM. INCORP.
	GASTO	%	GASTO	%	GASTO	%	GASTO	%		
CC.AA.	1.106.412,44	52,17	1.012.255,18	47,73	2.081,20	0,1	0,00	0	2.120.748,82	0
Principado de Asturias	14.789.482,55	25,54	41.572.913,94	71,8	1.449.807,98	2,5	87.900,91	0,15	57.900.105,38	22.507,87
Región de Murcia	14.677.835,29	72,49	4.179.903,11	20,64	1.389.898,01	6,86	0,00	0	20.247.636,41	0
Suma:	386.151.482,97	25,45	1.102.615.564,56	72,66	26.773.017,65	1,76	1.865.214,99	0,12	1.517.405.280,17	6.259.215,73

Fuente: Memoria PCPB 2012. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Observamos que la C. Valenciana no dedica ninguna partida a inversión y es de las que menos destina a personal con tan sólo un 27,23% de su presupuesto total, siendo una de las que más invierte en prestaciones con un 71,44%. Ya hemos comentado que, a menor personal, menos trabajo comunitario y más dinero para ayudas individualizadas y parcializadas que suelen ser la base de una concepción más benéfica y economicista de los Servicios Sociales. Otro dato interesante que aporta las memorias del PCPB es la ratio de trabajador/a social por habitante. Los datos pueden verse en la siguiente tabla.

Tabla 3. Ratio de UTS (trabajador/a social) por habitante. 2012

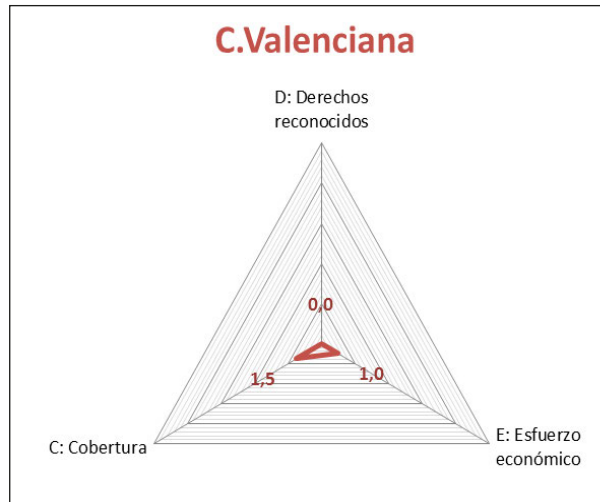
CC.AA	Nº DE UNIDADES DE TRABAJO SOCIAL	RATIO POBLACIÓN/ UTS
ANDALUCÍA	915	9.206,67
ARAGÓN	144	9.349,26
CANARIAS	64	33.230,77
CANTABRIA	115	5.157,57
CASTILLA-LA MANCHA	477	4.428,31
CATALUÑA	590	12.816,41
C. DE CASTILLA Y LEÓN	405	6.372,34
C. DE MADRID	265	24.489,36
CIUDAD DE CEUTA	1	82.376
CIUDAD DE MELILLA	3	26.158,67
COMUNITAT VALENCIANA	483	9.817,5
EXTREMADURA	379	2.861,67
GALICIA	428	6.552,95
ILLES BALEARS	106	10.501,08
LA RIOJA	171	1.888,63
PRINCIPADO DE ASTURIAS	114	9.486,73
REGIÓN DE MURCIA	148	9.932,9
TOTAL	4.806	9.154,39

Fuente: Memoria PCPB 2012. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

La C. Valenciana tiene un trabajador/a social por cada 9.817 habitantes, cuando la media en España es de 1 TS por cada 9.154 habitantes (distorsionada esta media por los casos específicos de Ceuta y Melilla), pero estando muy lejos de la mejor que es La Rioja con 1 TS por cada 1.888 habitantes, o de Castilla-La Mancha, Galicia o Extremadura.

Del Informe DEC 2015 podríamos incluir variedad de cifras sobre la C. Valenciana, pero la mejor representación gráfica es la que corresponde al compendio del índice DEC (**D**erechos y decisión política existente, **E**sfuerzo **E**conómico en el sistema y **C**obertura de sus prestaciones).

Gráfico 1. Índice DEC de la C. Valenciana. 2015.

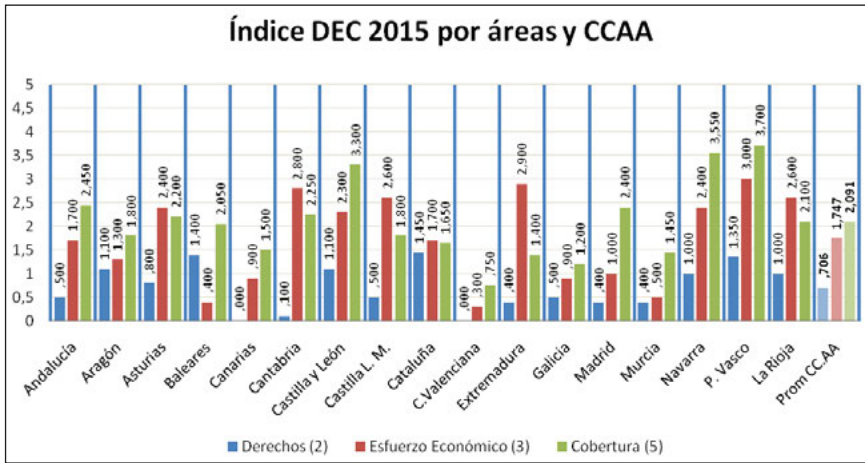


Fuente: Asociación estatal de directoras y gerentes de Servicios Sociales

La puntuación máxima para cada uno de estos ítems sería de 10, vemos que nos movemos entre el 0 en derechos reconocidos, el 1 en esfuerzo económico y el 1,5 de cobertura del sistema. La media de este índice para el conjunto de España es del 3,53 para los derechos, del 5,82 para el esfuerzo económico y del 4,14 para la cobertura. Deberíamos aspirar al horizonte del País Vasco que tiene un 6,8 en derechos, un 10 en esfuerzo económico y un 7,4 en cobertura.

Si comparamos el resultado del índice DEC con el conjunto de las Comunidades Autónomas, la gráfica habla por sí sola.

Gráfico 2. Índice DEC 2015, por áreas y Comunidades Autónomas



Fuente: Asociación estatal directoras y gerentes de Servicios Sociales

Vemos que en cuestión de *derechos* no tenemos ninguno en el Sistema Valenciano de Servicios Sociales, ya que tenemos un cero absoluto frente al 0.71 del promedio de las Comunidades Autónomas y el máximo del 1.45 de Cataluña sobre un total de 2 puntos. En *esfuerzo económico* tenemos una puntuación de 0.30 sobre 3, siendo la media para el conjunto de las Comunidades Autónomas de 1.75 puntos y muy lejos del máximo que tiene el País Vasco con 3. Y en cobertura del sistema nos puntúan con un 0.75 cuando el promedio es de 2.09 sobre un máximo de 5, y estando alejados del País Vasco con un 3.70.

La inversión que se realiza en Servicios Sociales en relación al conjunto del PIB¹⁶ de cada CC. AA, nos acerca a ver cuál es el interés de esa zona en sus Servicios Sociales.

16. PIB. Producto Interior Bruto; conjunto de los bienes y servicios producidos en un país durante un espacio de tiempo, generalmente un año.

Tabla 4. Porcentaje de gasto en Servicios Sociales con respecto al PIB regional

	PIB en euros	Presupuesto S.S. Territorializedo 2014	% de PIB	Puntuación DEC
TOTAL ESPAÑA	1.037.344.023.000 €	14.333.301.265,25 €	1,382	
Andalucía	139.099.313.000,00 €	2.446.559.573,71 €	1,759	0,6
Aragón	32.827.741.000,00 €	405.517.141,68 €	1,235	0,2
Asturias	20.793.141.000,00 €	382.422.954,81 €	1,839	0,7
Balears	26.329.125.000,00 €	270.530.293,99 €	1,027	0,1
Canarias	40.753.275.000,00 €	548.238.798,04 €	1,345	0,3
Cantabria	11.863.907.000,00 €	228.584.546,10 €	1,927	0,7
Castilla y León	52.347.567.000,00 €	906.119.804,17 €	1,731	0,6
Castilla-La Mancha	36.463.389.000,00 €	746.845.548,14 €	2,048	0,8
Cataluña	197.003.704.000,00 €	2.453.611.574,40 €	1,245	0,3
Comunitat Valenciana	97.429.789.000,00 €	1.012.227.797,32 €	1,039	0,1
Extremadura	16.906.652.000,00 €	426.671.238,43 €	2,524	0,8
Galicia	53.857.628.000,00 €	695.009.003,96 €	1,290	0,3
Madrid	196.117.831.000,00 €	1.764.278.660,34 €	0,900	0,0
Murcia	26.807.558.000,00 €	328.160.075,20 €	1,224	0,2
Navarra	17.623.076.000,00 €	271.749.151,30 €	1,542	0,5
País Vasco	63.393.624.000,00 €	1.323.968.000,00 €	2,088	0,8
La Rioja	7.726.703.000,00 €	122.807.103,66 €	1,589	0,5

Fuente: Asociación estatal de gerentes y directoras de Servicios Sociales

La C. Valenciana tiene una inversión de su PIB de 1,039% en Servicios Sociales, junto a Madrid y las Baleares son de las que menos invierten. Lejos de Extremadura que invierte un 2,524% de su PIB en Servicios Sociales, del País Vasco que invierte un 2,088% o de Castilla-La Mancha que invierte un 2,048% de su PIB. Vemos que la inversión total de los Servicios Sociales con respecto al PIB es mínima en comparación con lo que se invierte en sanidad con un 13,95%, en educación con un 9,52% o en defensa con un 2,07%.

Otros datos del DEC 2015 nos indican que seguimos siendo la última CC. AA en aplicación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia con tan sólo un 3,82% de la población dependiente atendida cuando

la media estatal se sitúa en el 7,77% y la CC. AA mejor posicionada, Castilla-León, con un 11,80%.

Lo mismo sucede en la aplicación de la Renta Garantizada de Ciudadanía donde los datos que presenta el DEC nos vuelve a situar a la cola de su aplicación y con una valoración de cero.

Tabla 5. Rentas Mínimas de Inserción. Cobertura. Ratio de perceptores/as de rentas básicas por población bajo el umbral de pobreza (<60% de la mediana de renta)

	Habitantes	Tasa riesgo pobreza	Hab. en riesgo de pobreza	Perceptores Rentas Mínimas	% sobre pob. riesgo pobreza	Punt.
TOTAL ESPAÑA	46.343.655	19,9	9.194.776	607.423	6,7%	
Andalucía	8.388.875	29,0	2.432.774	64.463	2,6%	0
Aragón	1.331.301	13,8	183.719	27.107	14,8%	0,10
Asturias	1.058.975	14,5	153.551	34.687	22,6%	0,20
Balears	1.115.841	18,4	205.315	9.434	4,6%	0
Canarias	2.114.845	25,2	532.941	14.437	2,7%	0
Cantabria	587.682	19,2	112.835	9.557	12,3%	0,10
Castilla y León	2.495.689	17,0	424.267	33.897	8,0%	0,05
Castilla-La Mancha	2.075.197	24,0	498.047	10.772	2,2%	0
Cataluña	7.416.237	14,4	1.067.938	68.559	6,4%	0,05
Comunitat Valenciana	4.956.427	24,4	1.209.368	40.283	3,3%	0
Extremadura	1.096.421	30,4	333.312	25.205	7,6%	0,05
Galicia	2.747.226	13,3	368.128	26.104	7,1%	0,05
Madrid	6.378.297	14,0	892.962	80.182	9,0%	0,05
Murcia	1.461.803	32,4	473.624	9.123	1,9%	0
Navarra	636.450	11,0	70.009	38.552	55,1%	0,50
País Vasco	2.167.166	8,3	179.875	112.567	62,6%	0,50
La Rioja	315.223	17,8	56.110	2.494	4,4%	0

Fuente: Asociación estatal de gerentes y directoras de Servicios Sociales

De la tabla se desprende que en la C. Valenciana solo un 3,3% de la población en riesgo de pobreza percibe esta renta garantizada de ciudadanía frente a la media estatal del 6,7% y cuando tenemos una tasa de riesgo de la pobreza del 24,4%. Estamos muy lejos de CC. AA como la Navarra o la del País Vasco que con mucha menor tasa de riesgo de pobreza tienen unos altos porcentajes de percepción de esta renta en las familias con necesidades.

Somos una de la CC. AA donde la pobreza es más elevada y a su vez somos una de la CC. AA donde menos se perciben ingresos para tratar de superarla.

4. Análisis del sistema en referencia a otros sistemas autonómicos

Para poder analizar el sistema valenciano se ha procedido a realizar un análisis documental de las legislaciones más modernas en Servicios Sociales¹⁷ de España, es decir de las Leyes de tercera generación¹⁸. Se ha intentado que sea lo más detallado posible tanto del conjunto de legislación como de las directrices de planificación de las diversas CC.AA.

En éste análisis se ha recogido solamente los ítems substantivos de las diferentes leyes seleccionadas que permiten trazar un panorama global. La comparativa entre legislaciones se plantea en base a; a) el acceso al sistema, b) la organización funcional y territorial, c) las metodologías de trabajo y participación, d) la calidad y e) la financiación, y todo ello bajo la existencia o no de una planificación que ayude a mejorar el sistema.

Este análisis nos desvela que el ACCESO AL SISTEMA está definido de forma genérica como *acceso universal* para el conjunto de la población, aunque todas matizan que residentes legales o ciudadanos de la UE, dejando explícitamente fuera a los inmigrantes/residentes/extranjeros ilegales. La Comunidad Valenciana¹⁹ utiliza las denominaciones poco precisas y anticuadas de «valencianos/as, transeúntes y extranjeros con tratado de reciprocidad» y respecto a la situación de los inmigrantes irregulares numerosas nuevas órdenes los excluyen de las prestaciones principales.

El conjunto de legislaciones analizadas menciona que se basan en el *derecho subjetivo* de uso de prestaciones del sistema, pero enseguida aclaran que este derecho subjetivo solo es referente a las prestaciones que la propia ley o que sus catálogos de desarrollo determinen como esenciales o garantizadas. En la C. V. el derecho subjetivo es inexistente en todos los ámbitos de los Servicios Sociales.

17. Navarra, Cantabria, Catalunya, Galicia, Euskadi, Illes Balears, Aragón, La Rioja, Castilla-La Mancha y Castilla-León, según Vilà (2012: 145).

18. Según Vilà (2012) son aquellas leyes de Servicios Sociales que incorporan el derecho subjetivo y una cartera de servicios.

19. A partir de ahora C.V.

De hecho, el índice DEC 2015²⁰ otorga a esta comunidad un cero absoluto en el apartado de derechos y decisión política. La implantación del derecho subjetivo supone un cambio de relación entre la ciudadanía y la administración proveedora de servicios, y ello implica un cambio de procedimiento y de metodología así como de conciencia ciudadana, es decir, los Servicios Sociales son exigibles ante el orden jurisdiccional (como el derecho a la educación o a la salud) y, continuar en el ámbito asistencial supone que se encuentran sujetos a limitaciones presupuestarias, organizativas y valorativas sobre su conveniencia o no, es decir en la discrecionalidad de la que se acusaba precisamente al marco de beneficencia y asistencia social, y que se repite hasta la saciedad que se ha superado²¹.

Con respecto a la existencia de un *Catálogo* de Servicios Sociales y de una *Cartera* de Servicios Sociales, cabe destacar que todos mencionan ambos instrumentos y casi todas los tienen bien desarrollados. El instrumento menos desarrollado es la *Cartera*, falta en algunos de ellos. Se ha generado la legislación para concretar la *cartera* de servicios que han de otorgar las entidades locales, pero en algunas ocasiones falta definir los propios de la responsabilidad autonómica (Galicia e Illes Balears).

Sobre la existencia de Catálogo o *Cartera* de Servicios Sociales en la C.V, ni se menciona la posibilidad de su existencia en la Ley 5/97 ni en ningún otro documento/Decreto/orden que se haya realizado en los últimos 30 años. No existen Catálogo y *Cartera* de servicios, no son visibles los recursos existentes, no se concreta el acceso a ellos, de quién dependen, etc. El sistema valenciano sigue anclado desde el punto de vista del derecho en lo asistencial y en ocasiones en lo benéfico. Los derechos subjetivos no existen en la Comunitat Valenciana.

Sobre la existencia de una PLANIFICACIÓN EN SERVICIOS SOCIALES se detecta la inclusión de la misma en las diversas CC.AA. Casi todas disponen de planes estratégicos²², bien de Servicios Sociales o sectoriales, que unificados pueden dar una planificación integral del sistema, pero la Comunitat Valenciana, aunque lo menciona en su art 5 de la Ley 5/97 de Servicios Sociales como competencia de la Generalitat, nunca ha realizado ningún intento planificador. La última planificación conocida es del año 1990-1991, en Doménech y García (1990).

20. Índice de Desarrollo de los Servicios Sociales 2015. Índice basado en el análisis de los derechos y decisión política (D), la relevancia económica (E) y la cobertura de servicios a la ciudadanía (C).

21. 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 al ciudadano que reúne los requisitos está obligada a otorgársele los servicios; 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 un derecho propio a exigir la prestación específica; y c) las acciones graciables o discrecionales, que la administración puede otorgar o no.

22. No se han encontrado para Galicia y Castilla La Mancha, ni por supuesto para la Comunitat Valenciana.

Sobre LA ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA todos tienen una similar organización funcional de *Servicios Sociales de atención primaria o comunitaria*, basados en atender a la ciudadanía en su entorno habitual y que en múltiples casos se subdividen en *básicos* –haciendo referencia a los que definía el PCPB– y *específicos* para mencionar aquellos que han ido apareciendo con los años y que se prestan con una mayor intensidad o especialización que los anteriores pero siempre dentro de un trabajo comunitario, y los *Servicios Sociales especializados*, que ya se prestan fuera del ámbito de residencia del ciudadano/a, basados en la asistencia un recurso de tipo más residencial y con una intensidad de prestación elevada.

Es necesaria una organización funcional urgente ya que el nivel intermedio de los Servicios Sociales específicos no existe de forma organizada y se está desarrollando por cada Ayuntamiento, creando por su cuenta servicios específicos que les es difícil de mantener y que pueden desaparecer si se aplica de la Ley 27/2013 de Racionalización y Sostenibilidad de la Administración Local, o que en muchos casos ni siquiera se han creado, ya que no existe planificación que lo decida ni lo obligue, configurándose así una división entre pueblos de primera y segunda categoría en cuanto a Servicios Sociales. La subdivisión funcional de los servicios comunitarios en básicos, a prestar por los ayuntamientos o mancomunidades, y en comunitarios específicos, a prestar por comarcas, sería la acertada a la realidad poblacional de nuestra Comunidad. La necesidad de planificación autonómica en el sistema de Servicios Sociales es abrumadora.

La organización territorial en el conjunto de las leyes se basa en la creación de *zonas básicas de Servicios Sociales* (con unos 20.000 hab. y encargada de los servicios comunitarios básicos) y *áreas de Servicios Sociales* que contendrán varias zonas básicas de Servicios Sociales (la media poblacional para ellas que se menciona en la diversas leyes y planificaciones es de 100.000 hab. y es donde se prestaran los servicios comunitarios más específicos). La prestación de los *Servicios Sociales especializados* que corresponden a las CC. AA está reflejada en las diversas planificaciones y se realiza en base al tipo de servicio y las necesidades de las zonas en concreto, observándose en el análisis documental realizado que casi siempre son fruto de una planificación estratégica donde han trabajado tanto ciudadanos/as como técnicos/as y administración pública. Esta organización territorial no está realizada en la Comunitat Valenciana, y es algo fundamental, ya que el territorio es la base de ordenación del sistema, y como se ha indicado antes la comarca debe empezar a jugar un papel importante en el sistema.

El tema de la COORDINACIÓN Y COOPERACIÓN intra sistema o entre sistemas del bienestar es bastante escueto en la legislación básica consultada, aunque algunas CC. AA mencionan la forma de realizar la coordinación intrasistema; Aragón, Castilla-León, Galicia, Navarra, Illes Balears y Catalunya, y tienen desarrollos concretos posteriores sobre la forma de llevarla a cabo. Pero la coordinación entre sistemas del bienestar ya es otro tema puesto que solo se detalla en Castilla-León que especifica que se realizará mediante protocolos (art. 9 de la Ley 16/2010

de Servicios Sociales), y en Catalunya²³ e Illes Balears²⁴ que hablan de crear un Consejo coordinación de Bienestar Social e incluso un Comité de evaluación de las necesidades sociales. El resto de CC. AA hacen referencia de forma vaga a esta coordinación/cooperación intra o inter sistemas en sus legislaciones básicas, o ni las mencionan.

Con respecto a las METODOLOGÍAS DE TRABAJO analizadas destaca que los/as ciudadanos/as tienen derecho a un profesional de referencia y un plan de atención social individual/familiar, que la ratio es de un trabajador social por cada 5.000 habitantes (media para los servicios comunitarios básicos), que pocos mencionan el trabajo en red y que solo Castilla-La Mancha menciona la existencia de un servicio social de urgencia. Respecto a la C.V., no existen referencias, ni preocupaciones metodológicas que se hayan plasmado en ningún documento, ni legislativo ni orientativo.

Con respecto a la PARTICIPACIÓN de los/as ciudadanos/as en el sistema todas las leyes la plantean de forma tradicional mediante representatividad en Consejos. Algunas CC. AA²⁵ mencionan la participación ciudadana directa, pero hablan de ella de forma vaga y la posponen a un desarrollo posterior.

El apartado de CALIDAD está bastante desarrollado en las legislaciones consultadas, en sus planes estratégicos, e incluso algunas CC. AA como La Rioja²⁶ y Navarra²⁷ tienen legislación o planificación estratégica específica para ello. Se puede ver que la preocupación por la calidad es una constante. En la C. Valenciana es preciso el establecimiento de estándares de calidad y máxime cuando casi todos los Servicios Sociales específicos y especializados son prestados por entidades de titularidad privada pero pagados con fondos públicos, ya que la única legislación de la que disponemos al respecto, el *decreto 90/2002 sobre control de la calidad de los centros y servicios de acción social y entidades evaluadoras de la misma*, solo habla de quién es considerado apto para controlar la calidad de los centros y programas de los Servicios Sociales, pero no de cuál debe ser esta calidad (se establece quién evaluará, sin saber qué se va a evaluar).

Sobre la FINANCIACIÓN del sistema pocas CC. AA especifican en su legislación como la realizarán, remitiéndose casi todos a la frase de «se establecerá mediante convenios». Solo honrosas excepciones como Castilla-León y Galicia la detallan por ley. Estas legislaciones solo hacen referencia concreta a la financiación de los servicios comunitarios (básicos y específicos) dejando los Servicios Sociales especializados «a cargo de la entidad que sea su titular», que en principio será la

23. Decreto 202/2009 de la Generalitat de Catalunya

24. Decreto 97/2009 sobre el Consejo de coordinación de B.S, y el decreto 96/2009 sobre el Comité de evaluación de necesidades sociales.

25. Como en Castilla-La Mancha, Galicia, Illes Balears, La Rioja, Navarra, Euskadi y Catalunya.

26. Ley 3/2007 de Calidad de los Servicios Sociales de La Rioja

27. Orden de Calidad 260/2010 donde se establece el Plan de Calidad 2010-2013 de los Servicios Sociales Navarros.

C.A. Sobre la inexistencia de legislación de financiación en la C.V no cabe decir mucho, solo que no existe, y ello a pesar de que la Ley 5/97 de Servicios Sociales habla de establecer convenios plurianuales de financiación. Esta situación es consecuencia directa de cómo se ha valorado este sistema en la agenda política de la Generalitat Valenciana en las últimas dos décadas.

Como finalización de esta comparativa solo cabe citar de forma textual a Mira-Perceval, De Alfonseti, y Giménez Bertomeu, que resumen de forma magistral cuál es la situación de nuestro sistema:

En los más de veinte años de existencia del sistema de Servicios Sociales en la Comunidad Valenciana, ha existido una permanente disociación entre las formulaciones políticas respecto a los Servicios Sociales desde el punto de vista de sus fines y principios, por una parte, y la aplicación práctica de las mismas en cuanto a los medios arbitrados y efectos en los grupos socialmente diferenciados, por otra. Los Servicios Sociales, lejos de alcanzar las amplias aspiraciones apuntadas en la normativa que los regula, se han manifestado incapaces de dar respuesta a la importante demanda propiciada por los cambios sociales recientes y el sistema construido no consigue desvincularse de su imagen social de sistema de protección residual, orientado a dar respuesta a las necesidades más extremas de determinados colectivos o sectores de población (2007: 69).

5. Propuestas de acción en la Comunidad Valenciana sobre el sector

Ante la inexistencia de un verdadero sistema de Servicios Sociales en la C. Valenciana, solo queda una alternativa, construirlo mediante una reordenación completa del mismo, y como indica Aguilar (2013), superando las dificultades que tiene y que son arrastres del pasado benéfico-asistencial, y que presentan problemas en lo metodológico, lo ideológico-conceptual y lo organizacional. Para ello el grupo de expertos (profesionales y académicos) que se reunió para debatir sobre la necesaria nueva construcción del sistema plantearon tres pilares básicos: los elementos sustantivos del sistema, actuaciones urgentes en el mismo y formulación de una nueva Ley Valenciana de Servicios Sociales.

5.1. Elementos sustantivos para unos nuevos Servicios Sociales

La Unión Europea considera que las políticas sociales son principalmente responsabilidad de los Estados miembros, entiende que los Servicios Sociales tienen, entre otros, los siguientes objetivos: a) proteger contra los riesgos, apoyar a las familias; b) salvaguardar los derechos humanos fundamentales; c) contribuir a la no discriminación, reforzar la igualdad y d) proteger a las personas contribuyendo

a la mejora de las condiciones de vida y la calidad, garantizando su autonomía personal y facilitando la plena participación social.

Los Servicios Sociales deben ser concebidos y prestados de manera integrada desde la proximidad, y de acuerdo con la Comisión Europea: a) se basan en el principio de solidaridad o universalidad; b) dependen de la financiación pública para garantizar la igualdad de acceso; c) son considerados como servicios de interés general; d) garantizan los derechos humanos fundamentales y protegen a las personas más vulnerables; e) expresan la solidaridad ciudadana por la participación del voluntariado y f) están integrados en la tradición cultural o local (proximidad).

Los Servicios Sociales Valencianos deben analizar lo que ha sido su práctica institucional en los últimos treinta años, gestionar el conocimiento producido en el sistema desde el consenso científico y profesional, realizar una mirada hacia las CC.AA más avanzadas y construir su propio modelo desde la participación del conjunto de los actores, en cualquier caso debe reformularse amplia e intensamente desde los siguientes principios: Globalidad, Prevención, Normalización, Integralidad, Transversalidad, Solidaridad, Dimensión Comunitaria, Atención Personalizada, Interdisciplinariedad, Respeto a la Diferencia y a la Diversidad, Subsidiariedad, Integración, Inclusión Social, Autonomía Personal y Participación Ciudadana.

Es imprescindible realizar un Plan Estratégico de Servicios Sociales de la Comunitat Valenciana con la participación del conjunto de los actores del sistema. Es un plan del sistema, no de la Generalitat, ha de incorporar una evaluación previa del estado (Diagnóstico). Son demasiados años sin evaluar, sin conocer las necesidades y sin incorporar a todos en el proceso.

El liderazgo del sistema ha de realizarse desde la responsabilidad pública, como elemento vertebrador del sistema, es condición importante para el éxito. Es necesario un liderazgo político (la legitimidad y la decisión de iniciar y mantener el proceso, la gestión del entorno interinstitucional), un liderazgo técnico que oriente y coordine el proceso, y un liderazgo ciudadano en la definición de los derechos y su articulación.

Después de un período de virulenta crisis económica, desempleo y recortes en la protección social, la **Inclusión Social** ha de ser una prioridad, nadie ha de quedarse «tirado en la cuneta». Se ha de garantizar los mínimos vitales, desde el respeto y la normalización, excluyendo políticas sin prevención ni intervención social como las «ayudas nutricionales», y generando una red por la inclusión con los otros sistemas de protección social y las organizaciones y entidades de acción social. La atención integral del ciudadano/a es su fin, y no sólo la atención de causas colaterales y mediáticas.

Alianza entre los actores del sistema, dado que la interdependencia es cada vez más visible y necesaria, desde la honestidad y lealtad institucional, que ayuden a estructurar el sistema y le confieran la imagen de un verdadero sistema de protección social.

Centralidad de la persona en todo el sistema, garantizando sus derechos, acompañándola desde el profesional de referencia, y siendo su atención la base del mismo, ya que actualmente lo son las prestaciones y no las personas y sus necesidades.

5.2. Actuaciones urgentes

Desarrollar la Renta Garantizada de Ciudadanía, garantizando la accesibilidad a toda persona en situación de necesidad, con financiación suficiente para las prestaciones, programas y equipos. Que sea una prestación real de derecho subjetivo. Este programa debe ser la base del sistema de Servicios Sociales para atender las actuales graves consecuencias de la crisis.

Modificar los decretos autonómicos de desarrollo de la Ley de Atención a la Autonomía Personal y la Dependencia, para en el marco actual, garantizar las prestaciones resolviendo los expedientes y favoreciendo el desarrollo de programas y servicios, integrando a los profesionales en la red de equipos municipales, y no creando sistemas paralelos como el actual.

Derogación de los decretos de copago para el acceso a centros de día, residencias y servicios para personas con diversidad funcional, que a mes de marzo del 2016 ya han sido derogados por el nuevo gobierno de la Generalitat.

Garantizar una atención específica y especializada de las necesidades de las personas de todos los municipios, pues esto hoy en día no se cumple.

Ampliación y estabilización de la red de equipos municipales, cumpliendo los estándares de la media del resto de CC.AA.

5.3. Propuestas de articulación para una nueva Ley de Servicios Sociales

Es necesario aprobar una nueva ley de Servicios Sociales de la C. Valenciana, que articule un modelo sobre los elementos sustantivos señalados en el punto primero de esta propuesta de acción, y que sea fruto de un proceso participativo desde un Plan Estratégico, como se ha mencionado anteriormente.

La nueva Ley de Servicios Sociales ha de incorporar dentro del sistema: los Servicios Sociales (nivel local –servicios generales y específicos– y autonómico –especializados–), el Sistema de Atención para la Autonomía Personal y la Dependencia, y las Rentas Garantizadas de Ciudadanía. Ha de basarse en:

La realización de una planificación estratégica basada en el territorio y que sea «de abajo hacia arriba» en el mismo, puesto que la base debe ser la participación de todos los actores implicados desde el conocimiento real y concreto. El Derecho Subjetivo, donde se reconozca y garantice la prestación a todas las personas que acrediten necesidad, y no condicionado a presupuestos como sucede actualmente.

Por otra parte, se considera de vital importancia un Catálogo del sistema (prestaciones y servicios) y una Cartera, donde se defina la extensión e intensidad.

Asimismo, la definición de su organización funcional basada en tres niveles: Atención Primaria o Comunitaria, la Específica y la Especializada, definidos desde la proximidad al ciudadano/a. El territorio como eje planificador del sistema, articulado en dos niveles: Servicios Sociales generales (que incluyen comunitarios y específicos) y Servicios Sociales especializados. Seguidamente, la estructura de

la organización territorial de prestación del sistema basada en zonas básicas y áreas de Servicios Sociales, o propuestas similares. Se trata de configurar un sistema basado en los Servicios, como impulsores de la atención social, el desarrollo local y el empoderamiento, frente a un sistema basado en ayudas económicas individualizadas. La Zona Básica presta los Servicios Sociales de atención primaria y las Áreas para los servicios específicos, siendo la Comunidad Autónoma la responsable de los especializados. Atención especial a los municipios rurales.

Paralelamente, cabe desatacar la necesaria elaboración de una mapificación de base territorial, donde se anclen los servicios y recursos específicos y especializados, desde criterios de proximidad y necesidad.

Por otra parte, la generación de una estructura de coordinación interadministrativa e intra administrativa donde se recojan las conexiones locales, comarcales y autonómicas, así como con el resto de sistemas del bienestar y entre lo público y lo privado. En este sentido, se trata de potenciar las sinergias y alianzas que se dan dentro del sistema y con el resto de sistemas.

En base a todo ello, también cabe considerar la identificación y la promoción de la participación de la ciudadanía en el sistema, y que la utilización del mismo sea real y efectiva.

Respecto a las fuentes de financiación, cabe acompañar de una financiación local para los Servicios Sociales básicos y específicos, (afectada y condicionada), y al 100% para los equipos profesionales. El resto de actuaciones a financiar por convenios que realmente se sujeten a las planificaciones estratégicas y sean seguidos y evaluados en su calidad y oportunidad.

Un apartado específico referido a la calidad, inspección, mejora continua, formación de profesionales, supervisión y control, (planes de calidad en dos ejes territoriales: local y autonómico), donde haya estándares definidos entre la administración local y la comunidad autónoma, y de cumplimiento para todos aquellos que participen en la gestión del sistema.

Por otra parte, la realización de Planes de Inclusión Social a nivel local y autonómico, debe ser el eje vertebrador de las sinergias y colaboraciones de la atención centrada en las personas, el potenciador de alianzas para evitar las causas sociales de la exclusión, y el generador de empoderamiento de la ciudadanía en sus territorios.

En última instancia, la prevención de las causas de la exclusión social, por encima de la mera asistencia –lo único que se intenta atender en la C.V– o la inserción o reinserción social.

6. Conclusiones

El análisis realizado nos ha permitido realizar una radiografía del modelo de Servicios Sociales valenciano que a nuestro juicio se aleja cada vez más del encuadre de los derechos sociales y nos aproxima a lógicas benéficas y asistenciales, pues la ausencia de un marco de derecho subjetivo, supone ahondar en la discrecionalidad más absoluta.

La Generalitat Valenciana durante estos últimos 25 años se ha desinhibido de la Red Básica de Prestaciones Sociales, trasladando la financiación de las mismas a la voluntad y la posibilidad de las Corporaciones Locales. El nuevo Sistema para la atención de la autonomía y las personas en situación de dependencia está siendo aprovechado en otras CC. AA para fortalecer la Red Básica, pues es la forma más eficaz y eficiente en su desarrollo, sin embargo, la Generalitat optó por su desarrollo a través de una empresa privada (AVAP.SA), al margen del sistema público y configurando de forma incipiente una doble red de atención.

No sólo carecemos de un marco normativo a la altura del resto de las CC. AA, que abogue por el derecho subjetivo e integre el SAAD, sino que en los últimos años se ha producido una proliferación de normas que desarticulan y fragmentan el sistema, limitando su capacidad de respuesta ante las situaciones sociales. Por otra parte, esas leyes no han dejado de ser normas declarativas que no instituyen ningún derecho como sucede con la Renta Garantizada de Ciudadanía.

Sin lugar a dudas, los Servicios Sociales son un sistema de responsabilidad pública, donde es necesaria la participación de las entidades no lucrativas y mercantiles, pero con la planificación, control y evaluación desde lo público. Abogar por la mercantilización de lo social como ha sucedido hasta el momento supone pervertir el sistema y abandonar a los colectivos más necesitados.

Esperamos que estas perversiones del sistema se corrijan con las actuaciones del nuevo gobierno de la Generalitat Valenciana.

Como conclusiones sobre el análisis del sistema, presentamos las siguientes ideas:

- ✓ No existe planificación del sistema.
- ✓ La organización funcional del sistema está desfasada y no concuerda con la realidad de las necesidades sociales actuales.
- ✓ La organización territorial del sistema no existe de por sí, y el reparto de programas y servicios por el territorio se hace atendiendo a las peticiones de empresas privadas y no atendiendo a las necesidades de la ciudadanía.
- ✓ La coordinación y la cooperación intra-administrativa e inter-administrativa son inexistentes.
- ✓ Las prestaciones y servicios son un maremágnum de discrecionalidad, de duplicidad y de áreas parcializadas y atomizadas.
- ✓ No existen derechos, solo la discrecionalidad propia de un sistema de asistencia social y no de Servicios Sociales.
- ✓ La actual fórmula de financiación es ineficaz e insostenible por parte de las administraciones locales.
- ✓ No existe apoyo técnico, ni ayuda, ni supervisión, por parte de la administración autonómica hacia la local.
- ✓ Las leyes de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia, así como la ley de Renta Garantizada de Ciudadanía, no se respetan por parte de la Generalitat Valenciana, y ello perjudica seriamente a los Servicios Sociales de Base.

7. Referencias bibliográficas

- AGUILAR, M. (2013): Los Servicios Sociales en la tormenta, *Documentación Social*. Nº 166, pp. 145-167.
- ANDRÉS ARSEGUET, F. Y UCEDA I MAZA, F.X. (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*. Valencia. FSP-UGT.PV AA.VV. *Índice DEC 2013*. Asociación de Gerentes y Directoras de Servicios Sociales. En <http://bit.ly/1be0kBx>
- AA.VV. *Índice DEC 2014*. Asociación de Gerentes y Directoras de Servicios Sociales. En <http://bit.ly/2cV8SXz>
- AA.VV. *Índice DEC 2015*. Asociación de Gerentes y Directoras de Servicios Sociales. En <http://bit.ly/2cVa3WJ>
- BARRIGA, L., BREZMES, M^a.J.; GARCÍA, G. Y RAMÍREZ, J.M. (2010): *IV Dictamen del Observatorio: desarrollo e implantación territorial de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia*. Consultado en <http://bit.ly/1Ay1Snw>
- BELIS, V. Y LILLO, L. (2007): «El sistema público de Servicios Sociales en la Comunidad Valenciana: situación actual y retos de futuro», en PÉREZ-RODRÍGUEZ, R. Y UCEDA-MAZA, F., *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
- BELIS, V. Y MORENO, A. (2002): «Evolución del sistema de Servicios Sociales en la comunidad valenciana», *Revista Arxius de Ciències Socials*, nº 11, pp. 8-29.
- CARBONERO GAMUNDÍ, M.A. Y CARO BLANCO, F. (2013): «Huellas, principios y propuestas para el Sistema Público de Servicios Sociales en un contexto de crisis», *Documentación Social*, nº 170, pp. 121-142.
- CASADO, D. Y FANTOVA, F. (2007): *Perfeccionamiento de los Servicios Sociales. Informe con ocasión de la Ley sobre la autonomía y dependencia*. Madrid. Cáritas-FOESSA.
- DOMÉNECH PASTOR, M. Y GARCÍA ROCA, J. (1990): «Presentación y desarrollo de la ley», *Revista de Servicios Sociales*. Valencia. Generalitat Valenciana.
- FELIPE TÍO, M.J. (2004): *Un análisis del sistema de protección social de la Comunidad Valenciana. Tesis doctoral*. Consultado en <http://bit.ly/2cw1SvF>
- GARCÍA, G. Y RAMÍREZ, J.M. (1992): *Los Nuevos Servicios Sociales. Síntesis de conceptos y evolución*. Zaragoza. Certeza.
- GIRVA, T. Y CANO, Y. (2010): «Análisis de la ley de protección a la maternidad desde la perspectiva de género», *Revista TS Nova*, nº 1, pp. 33-37.
- JABBAZ, M. (2008): *Las dos caras de las Políticas Sociales Municipales en L'horta Sud de València. Restricciones presupuestarias e iniciativa local*. Fundació L'Horta Sud. Consultado en <http://bit.ly/2daHgNc>
- LIMA FERNÁNDEZ, A. (coord.). (2014). *I Informe sobre los Servicios Sociales en España*. Madrid. Consejo General del Trabajo Social.

- LIMA FERNÁNDEZ, A. (coord.). (2015). *II Informe sobre los Servicios Sociales en España*. Madrid. Consejo General del Trabajo Social.
- MESTRUM, F. (2014): Las políticas sociales desde una perspectiva mundial. *Documentación Social*, nº 175, pp. 15-33
- MIRA-PERCEVAL, M.T., DE ALFONSETI, N. Y GIMÉNEZ BERTOMEU, V.M. (2007): *Servicios Sociales. Estructura, dinámica, políticas y estrategias en España y la Comunidad Valenciana*. Alicante. Universidad de Alicante.
- ROLDAN, E. (2007): Ponencia *Cambio social y efectos sobre el sistema de Servicios Sociales*, dentro de las I Jornadas nacionales sobre Planificación en Servicios Sociales, celebradas en La Rioja en 2007. Disponible en <http://bit.ly/2cTDeqD>
- SANTOS MARTÍ, J. (2012): *El cuarto Pilar. Un nuevo relato para los Servicios Sociales*. Madrid. Paraninfo.
- UCEDA I MAZA, F.X., PITARCH GARRIDO, M.D., PÉREZ-COSÍN, J.V. Y ROSALENY CASTELL, R. (2012): «La evolución de la estructura básica de los Servicios Sociales en la Comunitat Valenciana. Treinta años en el área metropolitana de Valencia», *Revista Arxius*, nº 27, pp. 83-100.
- UCEDA I MAZA, F.X. Y GARCÍA MUÑOZ, M. (2010): «Una radiografía dels Serveis Socials Valencians», *Revista T3Nova*, nº 1, pp. 9-22.
- UCEDA-MAZA, F. X Y MARTÍNEZ-MARTÍNEZ, L. (coords). (2015): «Servicios Sociales municipales en la Comunidad Valenciana», en ROMERO, J Y BOIX, A., *Democracia desde abajo. Nueva agenda para el gobierno local*. Valencia. PUV.
- UCEDA-MAZA, F.X., DOMÍNGUEZ ALONSO, F.J. Y MARTÍNEZ-MARTÍNEZ, L. (2015): Servicios Sociales en la Comunidad Valenciana: el actual «modelo valenciano» y una nueva agenda de construcción de un modelo de derechos sociales. *Alternativas: Cuadernos de Trabajo Social*, nº 22. Pp. 93-121.
- VILÀ MANCEBO, A. (2012): La nueva generación de leyes autonómicas de Servicios Sociales (2006-2011): análisis comparativo. *Revista Azarbe. nº 1*. 143-155.

2 Los Servicios Sociales Generales

Lucía Martínez-Martínez
Francesc Xavier Uceda-Maza
Elena Puig Reig

1. Introducción

El sistema de Servicios Sociales es el único sistema donde la Administración Local ejerce amplias competencias, por tanto, es fundamental la armonización entre las CC. LL.¹ y las CC. AA.². Se organiza en Servicios Sociales de Atención Primaria (dependencia local) y Especializados (dependencia autonómica); los primeros constituyen la estructura básica del Sistema público de Servicios Sociales, siendo su finalidad conseguir unas mejores condiciones de vida de la población mediante una atención integrada y polivalente y los segundos deben entenderse como aquellos que requieren el desarrollo de una atención específica (nivel secundario) a usuarios/as con circunstancias especiales³.

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. Conocida es la trayectoria de la administración local española en el desarrollo de servicios y programas que garanticen la cobertura de las necesidades sociales más prioritarias de su ciudadanía. En estos años se ha generalizado una estructura capaz de organizar con gran solvencia técnica y recursos presupuestarios modestos la atención social de la ciudadanía, con gran proyección social y reconocimiento.

Como indican Uceda, Pitarch y Martínez (2014), este sistema del bienestar de prestación local asienta su tradición en el Estado Español desde las leyes de beneficencia que dotaron a las administraciones locales (grandes ayuntamientos

1. A partir de ahora Corporaciones Locales

2. A partir de ahora Comunidades Autónomas.

3. 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).

y diputaciones) de estructuras de asistencia social (Hospitales, Orfanatos, Asilos, etc.)⁴. La Ley 7/85 de Bases de Régimen Local, legitima esta tradición y reconoce la obligación de las Administraciones Locales de prestar Servicios Sociales⁵, al asignar en su artículo 26.1.c, la competencia en materia de Servicios Sociales a los municipios de más de 20.000 habitantes, y a las Diputaciones provinciales les otorga el papel de ayudar a los municipios de menos habitantes para la implantación y mantenimiento de los Servicios Sociales en todo el territorio nacional. Esta Ley 7/85 concreta que los municipios tienen que prestar Servicios Sociales y de promoción y reinserción social y que las Diputaciones tienen competencias en coordinación, asistencia y acción supramunicipal.

Actualmente esta Ley 7/85 de Bases de Régimen Local está derogada por la Ley 27/2013 de Racionalización y Sostenibilidad de la Administración Local⁶ que elimina estas competencias dejando solo a los Ayuntamientos de más de 20.000 habitantes la competencia de «Evaluación e información de situaciones de necesidad social y la atención inmediata a las personas en situación o riesgo de exclusión social» (art. 25.2.e), competencias claramente de corte exclusivamente benéfico y asistencialista. A los de menos habitantes ni siquiera les deja esta posibilidad. La LRSAL ha sido por el momento invalidada por múltiples CC. AA, entre ellas la Valenciana, mediante el Decreto Ley 4/2015, de 4 de septiembre, del Consell de la Generalitat Valenciana que indica que los Servicios Sociales se seguirán prestando por los Ayuntamientos como hasta el momento, pero esta invalidación, al igual que la del resto de CC. AA, está pendiente de que el gobierno estatal desee ir contra ellas o no. En estos últimos días, el 7 de marzo de 2016, el Tribunal Constitucional ha anulado la disposición transitoria segunda⁷ de la LRSAL, por lo que la cuestión de la prestación de Servicios Sociales desde la administración local seguirá como hasta el momento, siendo una decisión que deben tomar la CC.AA y no el gobierno central, ya que ha declarado inconstitucional la prohibición impuesta por la LRSAL a las CC.AA para legislar sobre los Servicios Sociales como ellas estimaran oportuno, al declarar que son materia de exclusiva competencia de las CC.AA.

Ante la inexistencia de una norma estatal que unifique unos Servicios Sociales mínimos en todo el Estado, en 1987 se aprueba el Plan Concertado de Prestaciones Básicas en Servicios Sociales en Corporaciones Locales⁸, con la finalidad de establecer unos mínimos comunes en todos los municipios y ayudar a subvencionar

4. Es el único sistema donde la administración local ejerce amplias competencias desde la primera Ley de Beneficencia de 1822 (Uceda, 2011).

5. 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 (Diputaciones)

6. A partir de ahora LRSAL

7. Esta disposición transitoria segunda dictaminaba que con fecha de 31 de diciembre de 2015 las CC. AA asumirían la titularidad de las competencias que hasta el momento se preveían como propias del municipio, relativas a la prestación de Servicios Sociales y de promoción y reinserción social.

8. A partir de ahora PCPB

parte de la inversión inicial necesaria para la implantación de los Servicios Sociales, aunque como indican Carbonero y Caro «no era un instrumento de financiación incondicional de la Administración Local» (2013:125). Con la aprobación del PCPB se establece la verdadera estructura básica del sistema. Se fundamenta en cuatro compromisos: gestión, cofinanciación, colaboración técnica e información. Uno de sus valores fundamentales es el establecimiento de las formas de financiación del sistema, se realiza un compromiso para la sostenibilidad del mismo, y se establece que cada administración realizará una aportación del 33% para su financiación. Este PCPB adquiere gran relevancia en solo tres años, ya que 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.

No obstante, con el correr de los años, el aporte conjunto del Estado y de los gobiernos autónomos se redujo, y los ayuntamientos son los valedores y sostenedores del sistema, aportando el 60% de su financiación (Uceda, 2011). Nos hallamos ante la paradoja de derechos y prestaciones que son definidos desde el ámbito exclusivamente autonómico y se financian desde el ámbito local, haciendo depender las prestaciones de la voluntad política y de la capacidad económica de los ayuntamientos.

Con la implantación del PCPB los incipientes Servicios Sociales Municipales:

asumen el reto de intervenir desde: a) Prevención: a través de programas normalizados y generalistas dirigidos tratar y atajar las causas que conducen a la desestructuración personal y social; b) Polivalencia: mediante la múltiple función tanto en cuanto a los servicios de asesoramiento, información e intervención como en cuanto a sectores y grupos a los que van dirigidos; c) Intervención y visión globalizada: que nos permite el abordaje pluridimensional de las necesidades de las personas y los recursos del ámbito de aplicación desde una planificación que abarca los diferentes sectores de la vida social, y desde una concepción integradora que favorece una intervención en dos sentidos, por una parte estructurando recursos a las demandas sociales mediante la coordinación de todos los recursos existentes en la comunidad, y de otra estableciendo programas que garanticen la atención a la ciudadanía en las diferentes áreas y sectores; d) Globalidad e Integración y e) Descentralización y desconcentración: acercando los servicios y las decisiones a la ciudadanía (Belis, 2011:75).

Desde el año 1987 que se aprueba este PCPB en la C. Valenciana se han aprobado dos leyes de Servicios Sociales; la Ley 5/89 y la Ley 5/97. A la primera no le dio tiempo a desarrollar los Servicios Sociales Generales, los implantó según indicaba el PCPB, y realizó alguna aproximación investigativa para su funcionamiento⁹, la segunda no se preocupó por ellos. Se puede indicar que el Sistema de Servicios Sociales se desarrolló en sus inicios desde la lógica territorial anclado a lo local, posteriormente el sistema se ha fragmentado y el nuevo impulso dado

9. Nos referimos al Plan de Actuación de Servicios Sociales Generales, de marzo de 1989, publicado por la Dirección General de Servicios Sociales, de la Conselleria de Trabajo y Seguridad Social

desde la Generalitat Valenciana ha sido desde lógicas sectoriales y entramados de gestión privada donde el territorio local ya no es el referente del sistema.

Como apunte histórico debemos indicar que el *Plan de Actuación de Servicios Sociales Generales* de marzo de 1989 ya hablaba de: derechos sociales; calidad; profesionalización; actuación coordinada con los Servicios Sociales especializados; responsabilidad y titularidad pública; trabajo comunitario; organización del sistema según criterios geográficos óptimos; y sobre todo de «aumento de la responsabilidad municipal en el campo de la protección social, con la asistencia técnica y financiera necesaria desde la Generalitat Valenciana y por los caminos que traza una planificación participativa definida en la ley»¹⁰. Vemos que estos conceptos y las formas de entender los Servicios Sociales Generales, se olvidaron con el paso del tiempo y con el cambio de gobierno desde 1995.

2. La ordenación actual: situación legal y su ordenación

Los Servicios Sociales Generales carecen de toda ordenación en la C. Valenciana. La Ley 5/97 de Servicios Sociales de la C. Valenciana, que es la que sigue actualmente en vigor, establece en el art. 6 las competencias de las administraciones locales, y cómo serán apoyadas de forma técnica y económica por la Generalitat Valenciana, como por ejemplo con un Plan de Financiación Concertado con las administraciones locales y la realización de una Planificación del ámbito. Todas y todos sabemos que esto nunca se realizó.

La ordenación del sector de Servicios Sociales generales pasa principalmente por: la ordenación funcional; la territorial; la de financiación y la de calidad. La única ordenación existente es la denominada *funcional* que se establece en la Ley 5/97 de Servicios Sociales de la C. Valenciana en el art. 11 (definición) y art. 12 (programas que los componen y que se refieren a los ya existentes desde el PCPB). El resto de ordenaciones necesarias nunca se han realizado, y la ordenación planteada en el Plan de Actuación de Servicios Sociales Generales de 1989 cayó en el olvido más absoluto.

La ordenación funcional existente hasta hoy en día no es adecuada, ya que establece solo dos niveles; el general (atención primaria basada en el PCPB) y dejado completamente a cargo de la interpretación de cada Ayuntamiento, y el especializado (servicios para situaciones muy concretas y que vienen ya dadas desde la antigua beneficencia)¹¹, que se atribuye en el art. 5 de la Ley 5/97 a la C.A, aunque en innumerables ocasiones han tenido que ser asumidos por los Ayuntamientos

10. Se refiere a la ley 5/89 de Servicios Sociales de la C.V que se estaba redactando en ese momento.

11. Como por ejemplo residencias (3ª edad, discapacidad, menores, mujeres), centros de día (3ª edad, discapacidad, menores, toxicomanías), centros ocupacionales, centros de reeducación de menores, etc.

ante la dejadez de la Generalitat. Debería existir un nivel intermedio que han desarrollado casi todas las demás CC. AA.¹², que denominan *específico*, y que aquí ha sido desarrollado principalmente por los Ayuntamientos, asumiendo éstos su planificación y financiación.

El resto de ordenaciones necesarias; la territorial, la de financiación y la calidad, son inexistentes en la C. Valenciana. Cabría mencionar que esta ordenación integral del sistema debería realizarse mediante una planificación estratégica (con la participación de todos los actores implicados), ya que sí no, se estaría reproduciendo la forma unilateral de actuar que durante estas dos últimas décadas se ha realizado desde el ámbito autonómico.

Con respecto a cuál debería ser el *nivel específico* en la C. Valenciana, este nivel recogería los programas que actualmente son de titularidad y resolución de la Generalitat, pero que ha delegado en su gestión diaria a los municipios. Ejemplo de ellos son la renta garantizada de ciudadanía (que actualmente no implica programas para su desarrollo), los Servicios Especializados de atención a la familia e infancia (SEAFI), las agencias AMICS (Oficinas locales de información, mediación, asesoramiento y orientación para el colectivo de inmigrantes) y los SMAD (Servicios municipales de atención a la dependencia), las medidas judiciales de menores en medio abierto, etc., así como otros servicios que han sido creados por diversos Ayuntamientos y que por su complejidad e intensidad de prestación deberían ubicarse en este nivel¹³.

Estos servicios en otras CC. AA se han planificado dentro del segundo nivel (específico) de los Servicios Sociales generales, o se han integrado en el primer nivel reforzando la estructura de atención primaria/comunitaria. En la C. Valenciana adquieren en ocasiones demarcaciones diferentes a las municipales (SMAD), o roles diferenciadores de los Servicios Sociales de atención primaria (SEAFI o AMICS), aunque todos ellos prestan Servicios Sociales generales, y en todo caso, se han creado como programas específicos (sin que adquieran el carácter de especializados) y sin formar parte de la red básica, todo ello por decisión de la Generalitat Valenciana.

Son servicios que se integran débilmente en la estructura ya consolidada de Servicios Sociales generales, implicando grandes dificultades en la gestión, y en la actualidad motivada por las reducciones presupuestarias de la Generalitat, incluso en proceso de desaparición o reducción a la mínima expresión, sin que ello suponga una percepción de quebranto del sistema como en otras CC. AA, pues nunca formaron parte del sistema de los Servicios Sociales generales.

12. La evolución de la organización administrativa (funcional) ha respondido a la complejidad actual en estas otras CC. AA, bien creando un nivel intermedio entre las prestaciones y los servicios de la CC. AA y de los ayuntamientos, o bien, reformulando las condiciones y capacidades del primer nivel para la prestación de los servicios.

13. Por ejemplo, centros ocupacionales, centros de día, atención a la violencia de género, programas para menores en desprotección, absentismo escolar, puntos de encuentro, etc..., todos ellos creados y financiados por diversos Ayuntamientos, y solo para sus vecinos/as.

En la actualidad, y en base a la Ley 5/89 de Servicios Sociales de la C. Valenciana, solo conforman los Servicios Sociales generales de la C. Valenciana: a) el Servicio de Información, Orientación y Asesoramiento; b) Servicio de Ayuda a Domicilio; c) Programas de Cooperación Social; d) Programas de Convivencia y Reinserción Social para familias; e) Programas de Ocio y Tiempo Libre; f) Programa de gestión de prestaciones económicas; y g) Programas de Prevención y Reinserción Social para grupos de alto riesgo (art. 12). Todo ello vemos que coincide más o menos con lo establecido en el PCPB de 1987 y que no se ha actualizado con la realidad municipal actual en Servicios Sociales. El resto de servicios y programas que han instaurado y gestionan los Ayuntamientos desde los Servicios Sociales municipales en realidad no tienen cobertura legal real ya que no existe una cartera de Servicios Sociales donde poder incluirlos o reconocerlos como tales, por tanto, su existencia y gestión puede ser obviada por la Generalitat Valenciana.

Esta situación hace que en realidad los límites de los Servicios Sociales generales no estén claros ni para la ciudadanía ni para las y los técnicos del sistema, generando confusión e inseguridad. Esta situación lleva a la indefinición constante sobre las funciones, contenidos y prestaciones de los Servicios Sociales municipales que no siempre coinciden con lo que la ley denomina Servicios Sociales generales pero que aquí en la C. Valenciana en múltiples ocasiones se ha atendido a asimilar al no estar claramente definido ni convenientemente actualizado el sistema de Servicios Sociales. Los Servicios Sociales Generales han ido creando o acogiendo en su órbita los nuevos servicios necesarios para la atención a las nuevas demandas y necesidades, pero esta situación choca con la legalidad real que no los reconoce y por tanto es difícil pedir fondos a la CC. AA para su mantenimiento o unas líneas maestras y unitarias para su conformación.

La actual Ley 5/89 de Servicios Sociales de la C. Valenciana en su artículo 11 titulado *Contenido de los Servicios Sociales Generales*, indica lo siguiente: Los Servicios Sociales generales constituyen la estructura básica del sistema público de Servicios Sociales, mediante la prestación de una atención integrada y polivalente dirigida a toda la población, articulada a través de actuaciones preventivas, asistenciales y rehabilitadoras, en un ámbito primario, con carácter universal y gratuito.

Su fin es promover el desarrollo pleno del individuo y de los grupos en que se integra, mediante la potenciación de su participación en la búsqueda de recursos y la priorización de las necesidades más urgentes y básicas.

Corresponde a los Servicios Sociales generales la programación, implantación y gestión de la intervención generalizada de atención primaria.

Los servicios generales se prestarán por equipos interdisciplinarios que cubran las diferentes áreas de Servicios Sociales en centros sociales dependientes de la administración local.

La definición la podríamos considerar todas y todos como adecuada, aunque como indican Mira-Perceval, De Alfonseti, y Giménez Bertomeu (2007) siempre ha existido una disociación entre las formulaciones políticas reales que condicionan el reconocimiento de los servicios y por lo tanto su financiación, y las amplias

aspiraciones apuntadas en la normativa valenciana, de carácter vago y abstracto, que nunca se ha concretado en una ordenación real y legal del sistema que le permita desarrollarse y gestionarse adecuadamente.

3. Análisis de la ordenación de los Servicios Sociales generales en la Comunidad Valenciana

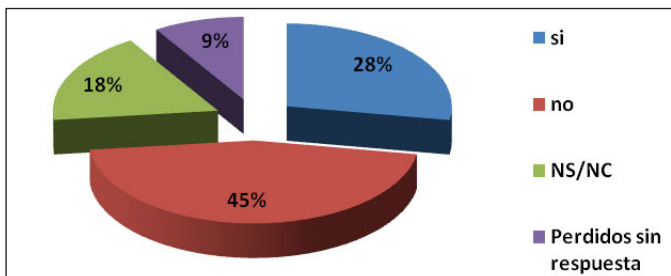
Los datos que vamos a analizar en este capítulo forman parte de los extraídos en una investigación más amplia sobre los Servicios Sociales generales¹⁴. Esta investigación se basó en preguntarles a los trabajadores y las trabajadoras de los Servicios Sociales generales sobre el FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA. Aquí solo vamos a incluir cuestiones relacionadas con la planificación, la toma de decisiones, la autonomía de la gestión, la intervención profesional, la coordinación con otros recursos, la ordenación del sistema, así como sobre la financiación del mismo.

El primer punto importante sobre cualquier sistema es si está concebido dentro de una *planificación estratégica*, ya que su inexistencia solo aboca a la desgobernanza, al desconcierto en el sistema. Como indica Arenilla,

La planificación estratégica hay que ubicarla en el nivel superior de las organizaciones públicas. Hay que considerarla un acto político de decisión sobre una política pública que se integra en la fase de su formulación y en la que interviene la función administrativa de apoyo a la toma de decisiones, función típica de los directivos y altos funcionarios. (2007: 97)

Los datos recabados indican que la planificación estratégica es casi desconocida en los Servicios Sociales generales valencianos.

Gráfico 1. Existencia de Planificación Estratégica reconocible



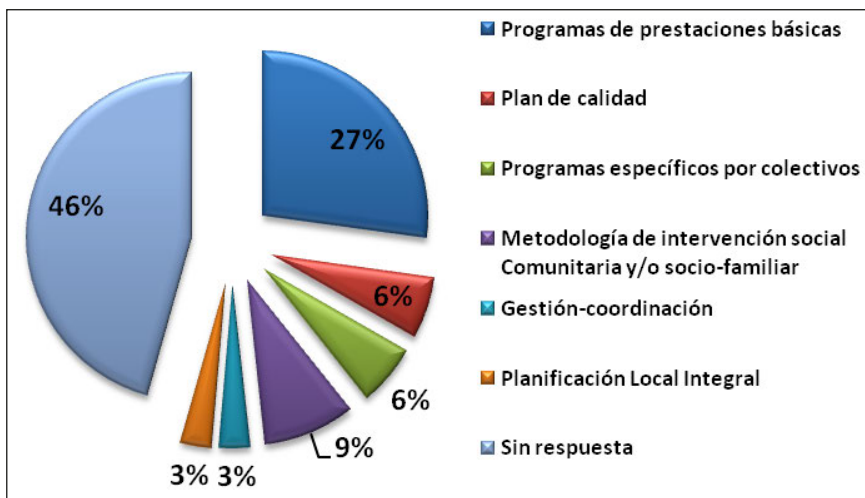
Fuente: Elaboración propia

14. Investigación de la Universidad de Valencia «El sistema de Servicios Sociales ante la crisis económica: retos, desafíos y territorio. El caso de la provincia de Valencia» (UV-INV-PRECOMP12-82190). El cuestionario en el que se basan estos datos se envió a 265 municipios de la provincia de Valencia, de los que han sido cumplimentados 112 (42%).

Solo el 28% siente que existe planificación estratégica reconocible como tal en su nivel municipal. Esto es un fiel reflejo de la inexistencia de planificación estratégica en niveles superiores de la administración. Todas y todos sabemos que la C. Valenciana carece por completo de ella. La Ley 5/97 de Servicios Sociales dice que es obligación de la CC. AA, y solo planificar, para nada se plantea esta ley la vertiente de qué sea de forma estratégica (es decir, convocando y asumiendo la opinión de los diversos actores del sistema: técnicos, usuarios, políticos, entidades del tercer sector, etc.), así que tampoco está asumida como necesaria en la agenda política local con respecto a los Servicios Sociales Municipales.

A este 28% que indicó que existe esta planificación estratégica municipal se le solicitó que de forma abierta contestaran cuáles eran estas líneas de planificación:

Gráfico 2. Líneas de trabajo en la Planificación estratégica reconocible

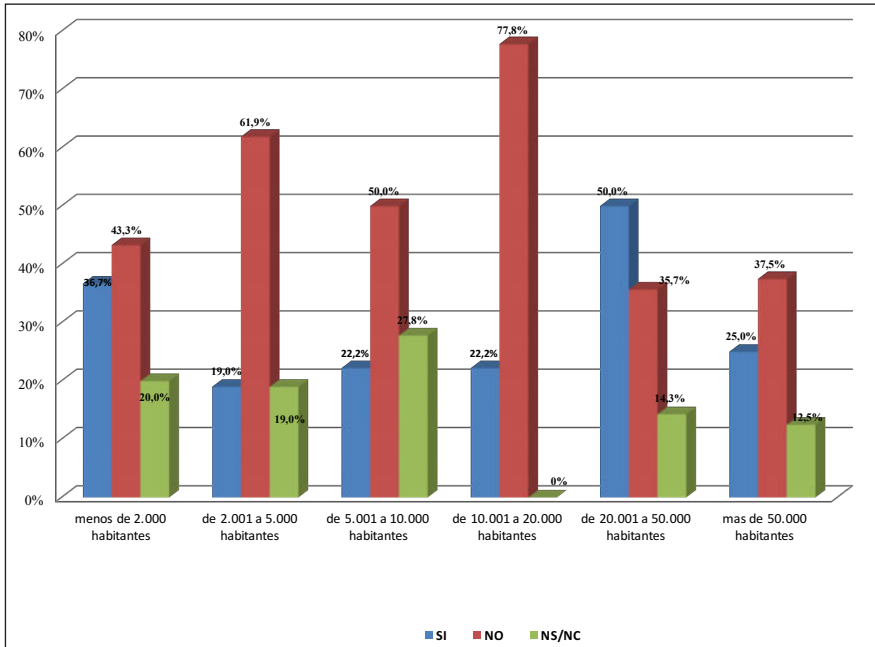


Fuente: Elaboración propia

Las respuestas indican que se dedica principalmente al programa de prestaciones básicas (el 27%), es decir, lo que señala el Plan Concertado de Prestaciones Básicas de 1988. El resto de líneas de trabajo: calidad, metodología, gestión y coordinación, planificación local integral, son poco significativas. Un 46% que dijo que existía planificación estratégica no supo o no quiso indicar sobre que versaba ésta.

Si analizamos las variables planificación estratégica reconocible y tamaño del municipio.

Gráfico 3. Planificación estratégica y tamaño del municipio



Fuente: Elaboración propia

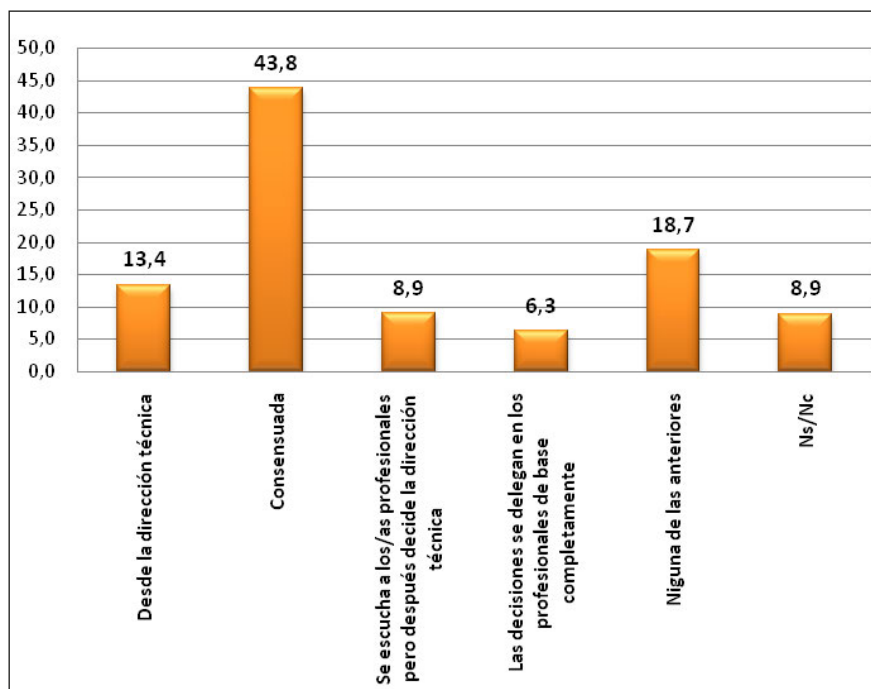
Vemos que los municipios menores de 2.000 habitantes junto con los de 20.000 a 50.000 habitantes destacan en la afirmación de su existencia, aunque consideramos que puede ser por diversas causas en ambos casos, situación sobre la que no vamos a entrar a interpretar por falta de datos cualitativos. La *no* existencia de planificación estratégica reconocible por norma general, pensamos que es reflejo de lo comentado anteriormente, su no existencia a nivel autonómico hace que no sea considerada necesaria a nivel local. Hemos de luchar por cambiar este punto de vista.

La planificación estratégica está ligada a la toma de decisiones en un sistema y a la autonomía de su gestión.

Esta *toma de decisiones* es algo fundamental en cualquier servicio municipal. El cómo se realice da la clave para saber si un servicio puede considerarse de calidad ya que hará que sus trabajadores/as se impliquen en él.

En lo referente a la toma de decisiones dentro del estamento técnico:

Gráfico 4. Forma de toma de decisiones desde el ámbito técnico (%)

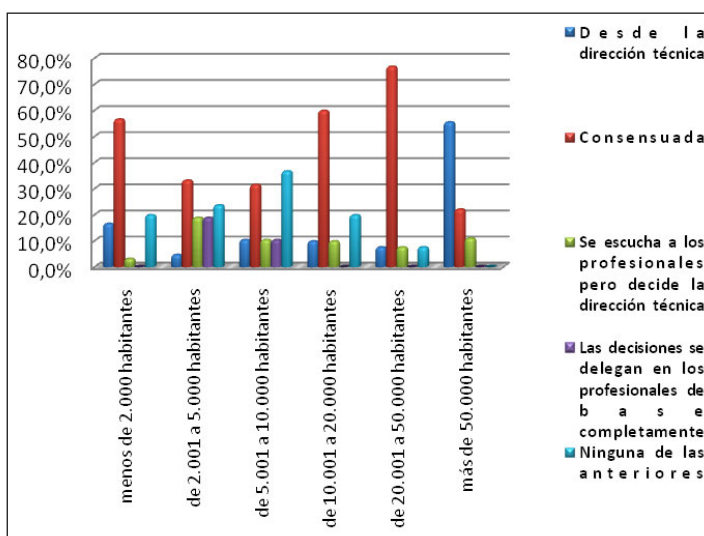


Fuente: Elaboración propia

La percepción que existe sobre la forma de toma de decisiones importantes entre profesionales de base y la dirección técnica, es que ésta se realiza mayoritariamente de forma consensuada (el 43,8%). Esto indica que se suele negociar la toma de decisiones, que estamos en un sistema donde la participación de sus trabajadores de base es pedida y tenida en cuenta, aunque no exista una planificación estratégica de carácter superior que guíe el sistema.

Si cruzamos la forma de tomar las decisiones según el tamaño del municipio:

Gráfico 5. Forma de toma de decisiones sobre el trabajo según tamaño del municipio



Fuente: Elaboración propia

Se observa que en los municipios de menos de 50.000 hab. las decisiones se sienten que se toman de forma consensuada mayoritariamente, pero esta tendencia cambia en los de más de 50.000 hab. donde se percibe que las decisiones son tomadas desde la dirección técnica sin contar con las y los profesionales de base. A menor tamaño del municipio las decisiones se toman de forma más consensuada.

En una correlación entre la planificación estratégica y la forma de toma de decisiones.

Tabla 1. Correlación entre la forma de toma de decisiones y la existencia de Planificación estratégica reconocible

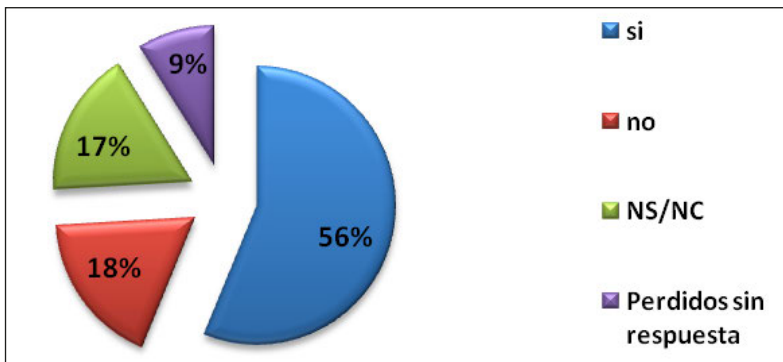
FORMA DE TOMA DE DECISIONES	EXISTENCIA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA		
	Sí	No	NS/NC
Desde la dirección técnica	14,3%	35,7%	50,0%
Consensuada	45,8%	41,7%	10,4%
Se escucha a los/as profesionales pero después decide la dirección técnica	22,2%	66,7%	11,1%
Las decisiones se delegan en los profesionales completamente	33,3%	33,3%	33,3%
Ninguna de las anteriores	9,5%	81,0%	9,5%

Fuente: Elaboración propia

Los datos indican que la existencia de planificación estratégica, o su no existencia, no influye cuando se toman las decisiones de forma consensuada. Pero se puede apreciar que la no existencia de planificación estratégica implica que la forma de toma de decisiones sea más jerárquica. Si sumamos el 35,7% del ítem (desde la dirección técnica) y el 66,7% del ítem (se escucha a los trabajadores, pero decide la dirección técnica), el porcentaje es muy elevado. Si la percepción ha sido de existencia de planificación estratégica, se puede observar que la forma de toma de decisiones es más participativa, sea ésta consensuada o directamente delegada.

Otro punto importante es la *autonomía de gestión de las y los profesionales* frente al estamento político,

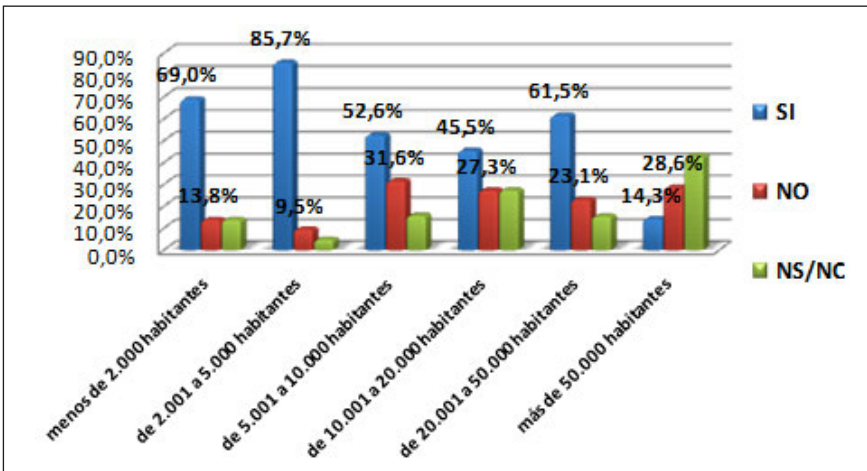
Gráfico 6. Autonomía de gestión con independencia del estamento político



Fuente: Elaboración propia

Si analizamos las opiniones sobre la autonomía en la gestión con respecto al estamento político vemos que ésta variable es positiva, ya que el 56% dice tenerla, frente al 18% que dice no poseer esta autonomía. Parece ser que el estamento político no interviene excesivamente en la gestión o trabajo que se hace desde Servicios Sociales, pero si el análisis se hace por tamaño de municipio la cosa cambia:

Gráfico 7. Autonomía de gestión con independencia del estamento político, según tamaño del municipio

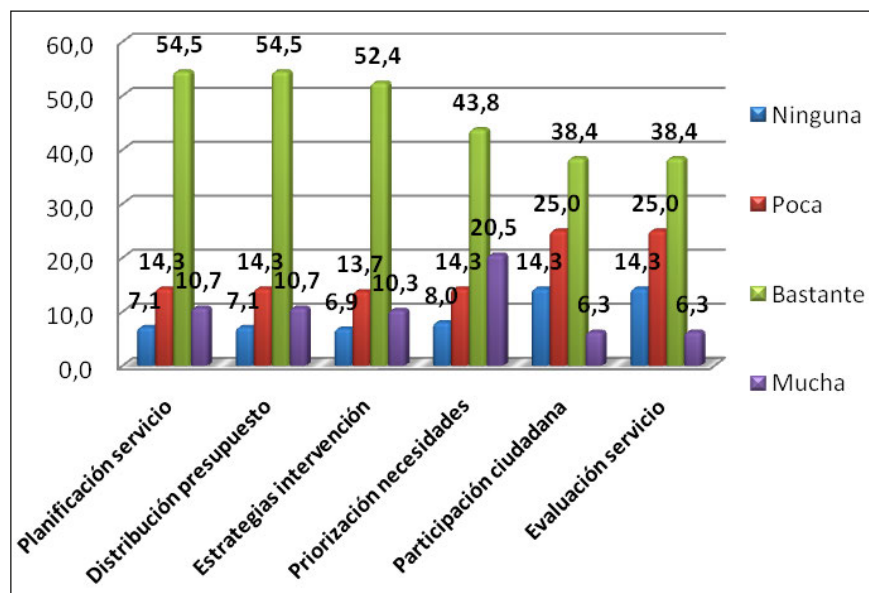


Fuente: Elaboración propia

Se observa que a mayor tamaño del municipio la autonomía de gestión se va diluyendo y va cobrando auge la politización en la gestión, produciéndose el pico más alto en los municipios de 5.000 a 10.000 hab. con un 31,6%. La opción de Ns/Nc también aumenta conforme aumenta el tamaño del municipio, algo muy significativo y que puede tener diversas causas, que solo se pueden discernir con un trabajo de técnicas cualitativas para este dato.

La cuestión de si se tiene en cuenta las argumentaciones técnicas en las decisiones políticas según determinadas materias presenta los siguientes datos:

Gráfico 8. (%) Influencia técnica sobre las decisiones políticas en...



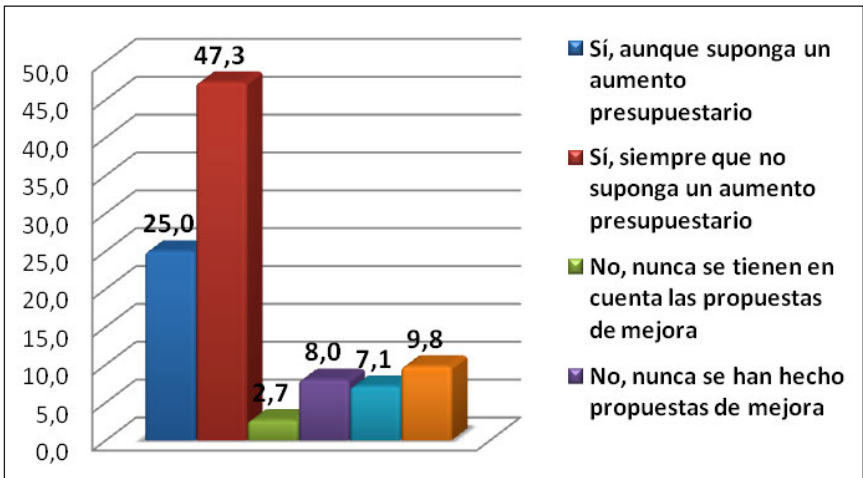
Fuente: Elaboración propia

Las respuestas afirman que se tiene bastante en cuenta en todas las cuestiones preguntadas, pero no llegamos a la graduación de mucha en ningún caso. Solo destaca el tema de priorización de necesidades (20,5% mucha influencia), algo que nos ubica en la perspectiva de ser considerados por los responsables políticos como unos profesionales gestores de ayudas, pero poco influyentes en el resto de ítems. En algunas cuestiones que son intrínsecas a nuestro sistema como es la participación ciudadana y la evaluación del servicio si sumamos los ítems de –ninguna o poca influencia– superamos el 40% de respuestas negativas sobre nuestra influencia técnica en ellos. Para el resto de ítems las respuestas de no influencia se sitúan en torno al 20%.

Vemos aquí que, de forma paradójica, donde menos se tiene en cuenta nuestra influencia técnica es en el ítem de *Estrategias de intervención* con el 6,9%, cuestión que a todas luces parece que debería ser de índole profesional, pero donde vemos que más opinan los responsables políticos. Cuando hablamos de Estrategias de intervención nos referimos a si se realiza trabajo comunitario, grupal, o familiar, o a que sectores deben ser prioritarios, o si se trabaja en prevención, asistencia o inserción, etc.

Otra cuestión que se quiso analizar y que pivota sobre la cuestión de la planificación estratégica, es la *importancia de las propuestas de mejora que presentan las técnicas y los técnicos* de Servicios Sociales, la respuesta fue,

Gráfico 9. Consideración de las propuestas de mejora del personal técnico por parte de los Aytos. (%)

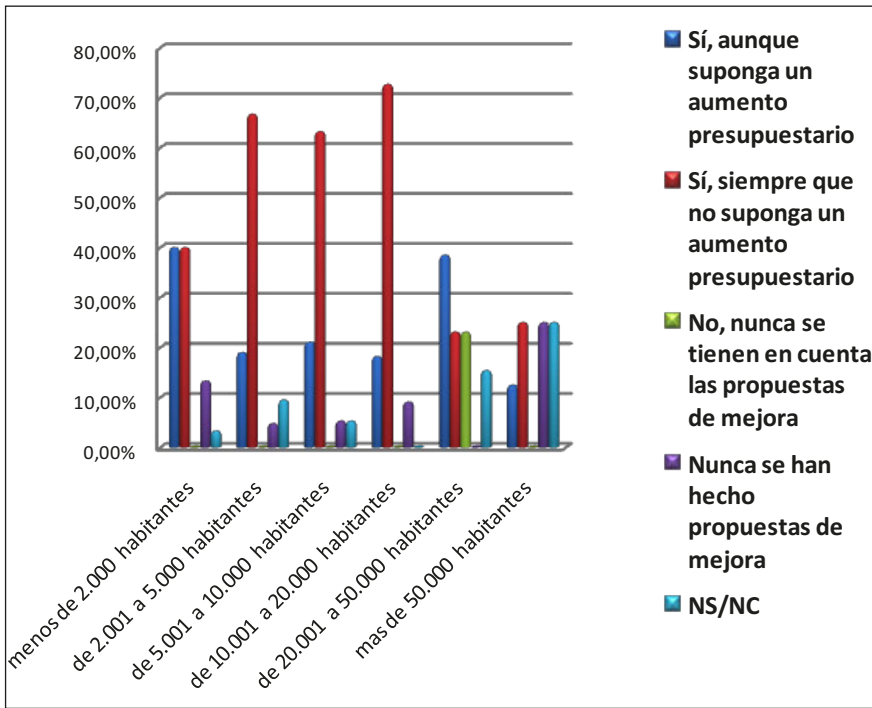


Fuente: Elaboración propia

Vemos plasmado en cifras la realidad que percibimos en los anteriores datos, y es que casi siempre se tienen en cuenta las propuestas de mejora (el 72,3%). Pero si no hay necesidad de aumentar el presupuesto, esta consideración aumenta el doble (del 25 al 47,3%). Solo un 2,7% dice que no se tienen en cuenta sus propuestas.

Esta pregunta analizada según el tamaño del municipio desvela que el tamaño municipal influye en ella,

Gráfico 10. Consideración de las propuestas de mejora según tamaño del municipio



Fuente: Elaboración propia

Aquí vemos que los municipios pequeños consideran las propuestas de mejora, tanto si llevan una inversión aparejada como si no. En los tres tramos siguientes de población solo se consideran de forma mayoritaria si no suponen un aumento del presupuesto, y ya los municipios de 20.000 a 50.000 habitantes las consideran, aunque tengan que invertir en ellas. Los municipios de más de 50.000 habitantes las consideran poco, pero no discriminan en si se tiene que invertir en ellas o no. Cabe señalar en estos últimos municipios el alto porcentaje de contestación que alude a que nunca se han hecho propuestas de mejora.

Un aspecto importante para los Servicios Sociales es la *forma de intervención* en los mismos. Se preguntó por la importancia que otorgaban las y los profesionales a algunas de ellas.

Tabla 2. Valoración sobre algunas formas de intervención

Valoración de la importancia de potenciar algunas formas de intervención					
Elementos de gestión a potenciar	Nada	Poco	Bastante	Mucha	NS/NC
Prácticas burocráticas	36,6%	30,4%	7,1%	8,9%	17,0%
Relación interpersonal en la atención	2,7%	17,0%	24,1%	42,9%	13,4%
Servicios Sociales Comunitarios (Intervención)	0,0%	3,6%	33,9%	49,1%	13,4%
Dinamización/trabajo con grupos	1,8%	13,4%	46,4%	24,1%	14,3%
Prevención	0,0%	8,9%	26,8%	52,7%	11,6%
Investigación y Diagnóstico	0,9%	23,2%	34,8%	26,8%	14,3%
Trabajo en red con otros servicios/ programas	0,9%	11,6%	32,1%	42,9%	12,5%
Programas de Calidad	17,9%	27,7%	22,3%	11,6%	20,5%

Fuente: Elaboración propia

Destacan en opinión de las personas encuestadas; la relación interpersonal en la atención, el trabajo comunitario y el trabajo en red, pero sobre todo destaca la necesidad de «Prevención». Aunque actuamos sobre los problemas ya existentes por necesidad, somos conscientes de que la prevención es la clave del éxito del sistema. También se deduce de esta tabla que la importancia de la Calidad de los servicios prestados está bastante diluida entre todos nuestros grados de preocupación. Ello creemos que es reflejo de la poca importancia que le otorgan las políticas (decretos y órdenes del sistema en nuestra CC. AA). Si no existen estándares para medir calidad nadie puede quejarse de no obtenerla, ni es necesario pedirla, y crear estándares de medición de calidad es una labor que supera las funciones de los Servicios Sociales municipales.

Otra cuestión que influye en la forma de intervención es el tema de la *coordinación* con otros servicios municipales. En la siguiente tabla vemos con quién nos solemos coordinar y de qué forma lo hacemos

Tabla 3. Coordinación de los Servicios Sociales con otros servicios municipales

	Trabajo en equipo	Distribución de tareas	Protocolos intercambio información	Comunicación entre jefes servicios	Ninguna coordinación	Sin respuesta
ADL	16,1%	10,7%	26,8%	0,9%	10,7%	34,9%
SPES/gabinete Psicopedagógico	20,5%	5,4%	33,9%	5,4%	3,6%	31,3%
Policía local	16,1%	5,4%	37,5%	8,0%	8,9%	24,2%
Servicios urbanismo	2,7%	7,1%	14,3%	8,9%	35,7%	31,2%
Escuela adultos/talleres	6,3%	2,7%	24,1%	5,4%	28,6%	33,1%
Empleo	7,1%	3,6%	25,0%	7,1%	19,6%	37,5%
Mujer	18,8%	7,1%	16,1%	8,0%	9,8%	40,2%
Cultura	5,4%	10,7%	15,2%	8,0%	26,8%	34,0%
Deportes	2,7%	7,1%	16,1%	6,3%	33,0%	34,8%
Sanidad Municipal	11,6%	7,1%	35,7%	7,1%	13,4%	25,1%
Juventud	8,0%	5,4%	15,2%	6,3%	31,3%	33,9%
UPCCA	11,6%	8,0%	15,2%	6,3%	14,3%	44,6%
Participación ciudadana	4,5%	2,7%	8,0%	7,1%	36,6%	41,1%
Servicios jurídicos	4,5%	8,0%	15,2%	7,1%	28,6%	36,6%
Intervención/tesorería	8,0%	15,2%	10,7%	9,8%	20,5%	35,8%
Gabinete prensa / información	3,6%	2,7%	12,5%	8,9%	24,1%	48,2%

Fuente: Elaboración propia

La forma más normal de coordinación es la de protocolos de intercambio de información, seguida de la de trabajo en equipo, y ya de lejos se sitúa la distribución de tareas y la comunicación entre jefaturas de servicio. Es necesario insistir en la necesidad de la coordinación de recursos del mismo territorio, ya que las cifras de inexistencia de coordinación o no tener respuesta a esta pregunta son demasiado elevadas.

En la lectura de cómo nos coordinamos con los otros recursos, ver que trabajamos en equipo con el gabinete psicopedagógico; en distribución de tareas con la intervención/tesorería; usamos protocolos de intercambio de información con la policía local; la comunicación entre jefaturas se da de nuevo con el área de

intervención/tesorería; y nos vuelve a llamar la atención la inexistencia de coordinación con bastantes áreas municipales, y en concreto con el área de participación ciudadana. También hay que destacar que el ítem de «sin respuesta» sea tan elevado, sobre todo en la coordinación con las unidades de prevención comunitaria de conductas adictivas, participación ciudadana y mujer.

Un aspecto que consideramos importante analizar es la *existencia de diversos servicios o programas* de titularidad municipal (ayuntamientos y mancomunidades) o supramunicipal (Conselleria o Diputación) pero que puedan ser utilizados por sus vecinos/as sin que ello implique un desarraigo de su territorio, y sobre el *tipo de gestión* de estos programas/servicios,

Tabla 4. Existencia y Tipo de gestión de servicios/programas del municipio

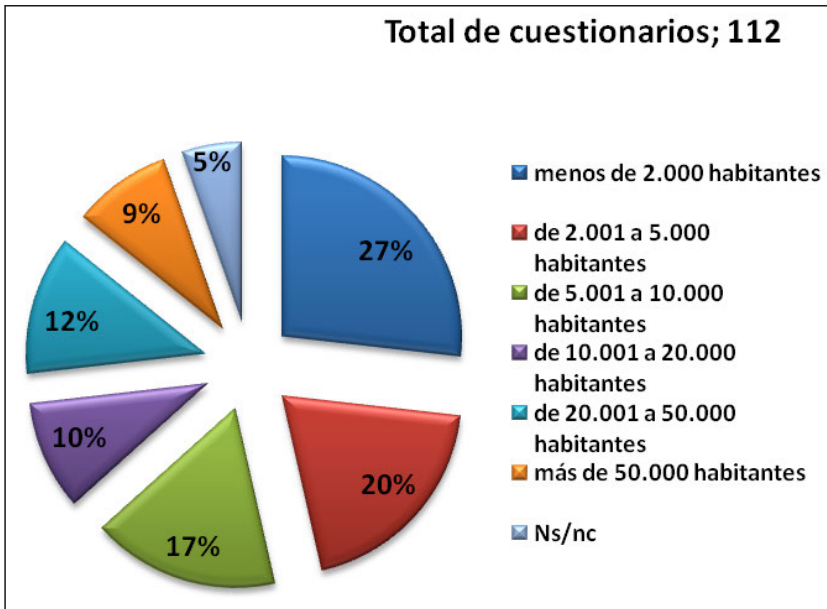
Servicio/ Programa	Gestión Pública	Gestión Privada	Gestión Mixta	No existe servicio/ programa	Ns/Nc
SAD	66,1%	17,9%	7,1%	0,9%	8,1%
CD Mayores	9,8%	12,5%	10,7%	44,6%	22,4%
CEAM	14,3%	1,8%	1,8%	50,9%	31,3%
Residencia Mayores	9,8%	20,5%	5,4%	38,4%	26,0%
Dependencia	80,4%	0,9%	2,7%	4,5%	11,6%
CD Menores	9,8%	2,7%	4,5%	55,5%	24,7%
SEAFI	45,5%	4,5%	5,4%	24,1%	20,6%
Equipo libertad vigilada	17,0%	5,4%	2,7%	45,5%	29,5%
Violencia de Género	25,9%	0,0%	0,0%	45,5%	28,6%
Centro AMICS	35,7%	0,0%	0,0%	38,4%	25,9%
Centro Ocupacional	17,0%	11,6%	2,7%	43,8%	25,1%

Fuente: Elaboración propia

Sobre la existencia de los diversos programas o servicios que podrían ser necesarios en los municipios se debe señalar la inexistencia de casi todos los programas/servicios en el conjunto de municipios. Está claro que muchos de ellos son de obligación autonómica y no municipal, pero ante la dejación de funciones de la Generalitat Valenciana en materia de Servicios Sociales muchos Ayuntamientos han optado por crearlos por su cuenta, pero otros no tienen dichos servicios propios y deben acceder a ellos a través de la oferta, si es que existe, de la Generalitat o de entidades privadas, teniendo que desarraigar a sus vecinos/as de sus entornos. La existencia de municipios de primera y de segunda categoría en materia de Servicios Sociales es aquí evidente.

Los datos sobre tamaño de los municipios demuestran que estamos conformados por delimitaciones municipales de poca población, e igual nos deberíamos plantear una organización territorial de los Servicios Sociales de base distinta a la actual, basada en el número de habitantes y no por municipios, así puede ser que en parte se cubriera esta inexistencia de programas y servicios.

Gráfico 11. Contestación de cuestionarios por tamaño del municipio



Fuente: Elaboración propia

El 21% de los municipios que han respondido tienen más de 20.000 hab., lo que implica un elevadísimo número de municipios no tendría capacidad de gestionar unos Servicios Sociales generales adecuados según los parámetros de ordenación de los mismos en casi todas las demás legislaciones autonómicas.

En la gran mayoría de legislaciones de Servicios Sociales se habla del concepto de *Zona Básica* de Servicios Sociales que gira en torno a los 20.000 hab., donde se ubican los Servicios Sociales comunitarios y está conformada por diversas Unidades de Trabajo Social (UTS)¹⁵. Y el *Área de Servicios Sociales* conformada en torno a 100.000 hab., que acoge a diversas zonas básicas y se encarga de los

15. Se suele identificar una UTS con un/a trabajador/a social

Servicios Sociales específicos¹⁶ (que son éstos que vemos que faltan en los municipios según las respuestas de la tabla nº 4). Estos Servicios Sociales específicos son el escalón intermedio de prestación de servicios entre los Servicios Sociales de base y los especializados. Que en nuestra C.A los desarrollemos de forma comercializada o mediante otras fórmulas territoriales, es algo que se debe considerar de forma urgente.

En esta tabla nº 4 también se observa que la gestión pública suele ser la principal, excepto en aquellos servicios dirigidos a mayores que aquí se han convertido en posibilidad de negocio lucrativo por las circunstancias generadas desde la Conselleria que no vamos a entrar a comentar.

El SAD¹⁷ es el programa estrella por excelencia en nivel de implantación, y la mayor falta de programas/servicios se encuentra en lo relacionado con menores (centro de día y equipo de medidas vigiladas), aunque le siguen de cerca otros servicios tan indispensables como centros ocupacionales, centros de día de tercera edad, violencia de género, etc.

Otro punto sobre el que consideramos muy importante preguntar fue el de la *financiación* de los Servicios Sociales Municipales.

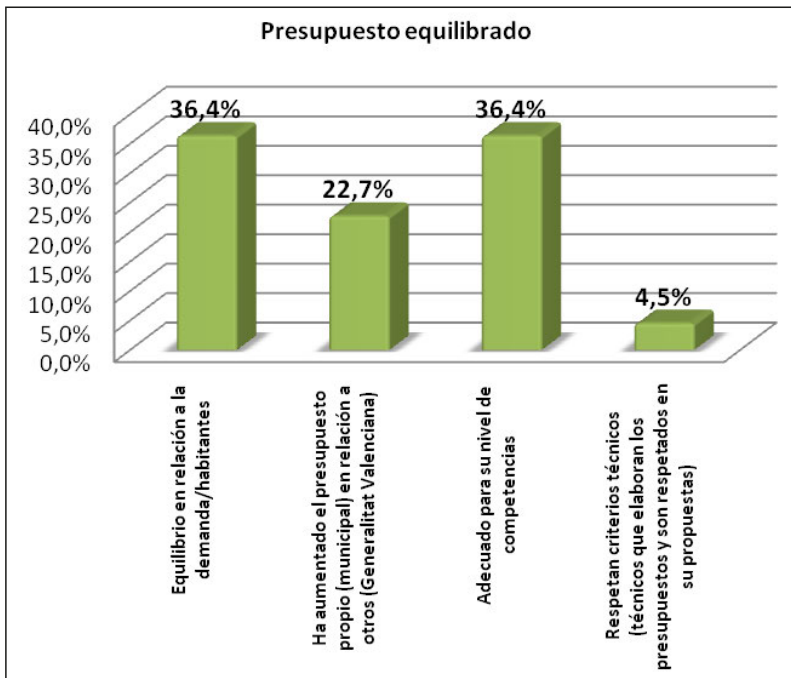
Sobre si el presupuesto de Servicios Sociales está equilibrado en relación con otras áreas municipales, un 41% opina que no está en equilibrio respecto a la inversión que se realiza en otras áreas municipales, mientras que un 32% opina que sí. Un elevado 27% desconoce este dato o no tiene opinión.

En esta pregunta se solicitó que de forma abierta se expresaran las causas de ese equilibrio o desequilibrio. Las contestaciones que hemos categorizado con las respuestas recibidas son las siguientes:

16. Servicios de prestación dentro de los Servicios Sociales Generales, pero de mayor intensidad y especificidad en intervención que los actuales Servicios Sociales de base o comunitarios

17. SAD; Servicio de Ayuda a Domicilio

Gráfico 12. Causas del equilibrio del presupuesto municipal de Servicios Sociales

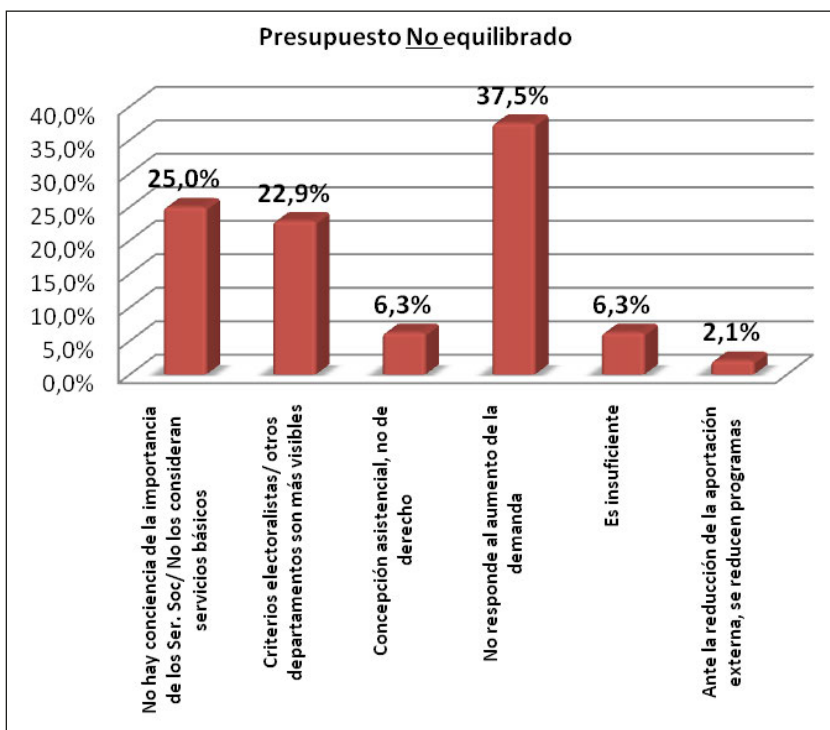


Fuente: Elaboración propia

Las causas de equilibrio definidas apuntan a que con el presupuesto existente se atiende la demanda existente o las competencias que le son propias a los Servicios Sociales municipales. Un elevado 22,7% indica que el presupuesto es equilibrado debido a la inversión del propio Ayuntamiento frente a la que deberían realizar otras administraciones (Generalitat Valenciana). Solo un escaso 4,5% indica que se respetan sus propuestas económicas para que sea adecuada la inversión necesaria.

Sobre el tema de desequilibrio en el presupuesto necesario para Servicios Sociales las causas indicadas también son múltiples y se han categorizado las respuestas de la siguiente forma.

Gráfico 13. Causas del No equilibrio del presupuesto municipal de Servicios Sociales



Fuente: Elaboración propia

No ser la inversión suficiente en relación a la demanda (37,5%) y la poca importancia que se les otorga (25,0%) –25% de no considerarlos servicios básicos más el 22,9% que indican que son poco apetecibles a los políticos para invertir en ellos– son las respuestas más numerosas.

En relación a cuáles son los Servicios Sociales municipales donde más se invierte, los datos obtenidos han sido,

Tabla 5. Inversión municipal en servicios/programas de Servicios Sociales

SERVICIOS/PROGRAMAS	Respuestas	
	Nº	%
SAD	58	18,8%
Emergencia social	63	20,4%
Convivencia: clubs de jubilados/convivencia 3ª Edad	16	5,2%
Cooperación social (incluido el Banco de Alimentos)	20	6,5%
Programas de prevención, inserción e integración	38	12,3%
Renta Garantizada de Ciudadanía	11	3,6%
Atención a la dependencia (SMAD)	5	1,6%
Trabajo comunitario	3	1,0%
Menjar a casa	12	3,9%
SEAFI's	5	1,6%
Absentismo escolar	2	0,6%
Programa respiro familiar	3	1,0%
Becas educativas	1	0,3%
Equipo social de base	27	8,7%
Información, tramitación y asesoramiento	7	2,3%
3ª Edad	5	1,6%
Mujer	3	1,0%
Acogimientos	1	0,3%
Víctimas de delitos	1	0,3%
Menores	5	1,6%
Extranjeros	2	0,6%
Discapacitados psíquicos: transportes, talleres...	2	0,6%
Drogo dependencias	1	0,3%
Centros ocupacionales	3	1,0%
Amics	1	0,3%
UPCCA	1	0,3%
Centro estimulación temprana	1	0,3%
CD Menores	1	0,3%
Termalismo urbano	1	0,3%
CD 3ª edad	1	0,3%
Construcción y mantenimiento de centros y equipamientos	7	2,3%
NS/NC	2	0,6%
Totales	309	100%

Fuente: Elaboración propia

Se ha señalado en negro todos aquellos programas/servicios en conjunto que superan el 5% de resultados; SAD, emergencia social, convivencia de tercera edad, cooperación social (con banco de alimentos incluidos), programas de prevención e inserción y el salario de los profesionales. El resto de inversiones en los distintos programas es inapreciable y dentro de ellos existen necesidades o problemáticas tan acuciantes como el absentismo escolar, acogimientos, menores o programas de respiro familiar.

Después de la presentación de estos datos podemos realizar múltiples conclusiones sobre la planificación y gestión de los Servicios Sociales generales valencianos, pero el resumen sería siempre el mismo, es un sistema sin planificación, donde la gestión, intervención y sus recursos se han atomizado a nivel local, pero sin garantías de que este sistema local pueda permanecer y gestionarse adecuadamente por falta de normativa que lo avale y lo financie, y sobre todo creando municipios de primera categoría (aquellos donde existen estos servicios) y municipios de segunda categoría (donde no existen), con lo que la descohesión territorial y social es la norma del sistema, lo que crea desafección de la ciudadanía hacia el sistema, puesto que lo visibilizan como un sistema discrecional, clientelar y sin respuestas coordinadas, no basado en la universalidad, integralidad, ni el derecho subjetivo, que serían los estandartes que nos harían ser considerados un sistema más del bienestar, y no una rémora económica sobre sus impuestos que es la lectura neoliberal intencionada que se ha dado de los Servicios Sociales Generales y que ha calado hondo en el conjunto de nuestra ciudadanía, y no sin razón, ya que nuestra C.A así lo ha potenciado con su falta de planificación en el sector.

4. Los Servicios Sociales Generales en otras CC.AA.

La situación de indefinición de los Servicios Sociales Generales Valencianos hace años que ha sido superada en muchas CC.AA. Casi todas poseen normativa propia que los desarrollan o están incluidos en la propia ley autonómica de Servicios Sociales.

Analizadas estas normas o leyes vamos a exponer los modelos más significativos y que nos deberían servir como ejemplo para pensar en una organización de los Servicios Sociales Generales Valencianos. Hemos analizado todas aquellas CC. AA que tienen legislación de tercera generación en Servicios Sociales¹⁸, es decir, de aquellas que han adaptado su legislación básica de Servicios Sociales después de la aprobación de la Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia. Son CC. AA que van actualizando su sistema de Servicios Sociales conforme evoluciona la legislación, la sociedad en general, y

18. Según Vilà (2012) son aquellas leyes de Servicios Sociales que incorporan el derecho subjetivo y una cartera de servicios. Y son: Navarra, Cantabria, Catalunya, Galicia, Euzkadi, Illes Balears, Aragón, La Rioja, Castilla-La Mancha y Castilla-León.

la estructura de su sistema de Servicios Sociales y las respuestas que crea ante las demandas sociales que van emergiendo o transformándose.

Sobre la existencia de PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA podríamos tomar como referencia a Aragón donde se ha realizado una planificación verdaderamente estratégica, contando con todos los actores del sistema, que ha cristalizado en el I Plan estratégico de Servicios Sociales de Aragón (2012-2015)¹⁹. Otras CC. AA como Cantabria, Navarra, Euskadi, Castilla-León o Catalunya también podrían servirnos de referente ya que todas se han preocupado por tener un plan estratégico que investiga y analiza a su población, las necesidades sociales que existen, sus sistemas de Servicios Sociales y si las respuestas que se están dando hasta el momento son adecuadas o deben modificarse.

Castilla-león tiene también planificación estratégica a nivel provincial, pero ninguna menciona de forma expresa la posibilidad de realizar planificación estratégica a nivel local, algo que no debería abandonarse ya que cada territorio tiene particularidades propias que se deberían reflejar en estas planificaciones locales de Servicios Sociales.

La FORMA DE ACCESO AL SISTEMA podríamos imitarla de cualquiera de las CC. AA que se toman como referentes, ya que todas incluyen el derecho subjetivo, la universalidad de la atención²⁰ y han creado Catálogos²¹ y Carteras²² de Servicios Sociales. Castilla-León menciona concretamente que los Ayuntamientos también podrán tener Catálogos propios. Siguiendo con Aragón como ejemplo, su Ley 5/2009 de Servicios Sociales indica el acceso universal a sus servicios, establece un Catálogo que distingue entre prestaciones esenciales (que define como de derecho subjetivo) y prestaciones complementarias (ya no cubiertas por el derecho subjetivo) y con el Decreto 143/2011²³, de 14 de junio, del Gobierno de Aragón, crea una Cartera detallada para cada prestación y servicio existente, e indica que nivel funcional de los Servicios Sociales debe proporcionarla.

Sobre la ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA, en su *vertiente funcional* todas hablan de Servicios Sociales generales, de atención primaria, o comunitarios y los dividen en *Servicios Sociales básicos* y *Servicios Sociales específicos*. Y después mencionan el siguiente nivel de complejidad e intensidad y los denomina *Servicios Sociales especializados* que ya le corresponde desarrollar de forma íntegra a las CC.AA.

19. Se puede consultar en <http://bit.ly/2cVPObp>

20. Hay que aclarar que el acceso universal lo restringen varias a estar empadronados y tener residencia legal, dejando para los extranjeros ilegales solo servicios de urgencia. Los menores ilegales en desprotección o con problemas judiciales los asimilan a acceso universal. Las que establecen universalidad total son Aragón, Cantabria, Castilla-León, La Rioja y Navarra.

21. Instrumento por el que se identifican las prestaciones económicas y de servicios cuya provisión deben garantizar las administraciones competentes.

22. Instrumento que recogerá las características, modalidades y requisitos de acceso y financiación de las prestaciones económicas y de servicios de los Catálogos.

23. Ver en <http://bit.ly/2cwAldc>

Tomando como ejemplo a Galicia para analizar la organización de su sistema de Servicios Sociales generales, en su Ley 13/2008 de Servicios Sociales²⁴, define los *Servicios Sociales básicos* como de carácter local, abiertos, preventivos y polivalentes y constituyen la vía normal de acceso al sistema de Servicios Sociales, garantizando la universalidad del sistema y su cercanía a las personas usuarias y a los ámbitos familiar y social (art. 11), y las funciones que se les atribuyen son más o menos las del PCPB. Sobre los *Servicios Sociales específicos* (art. 12) indican que desarrollarán programas y gestionarán centros orientados a colectivos con problemáticas identificadas y singulares, procurando su normalización y reincorporación social o como espacio de tránsito a un servicio especializado. También establecen que atendiendo a criterios de equidad territorial y rentabilidad social podrán tener un carácter comarcal, de acuerdo con la planificación y ordenación del sistema gallego de Servicios Sociales. Vemos que la organización funcional de los Servicios Sociales en tres niveles está complementemente extendida en las CC. AA con legislación más avanzada.

La *organización territorial* de las CC. AA analizadas la establecen de forma clara en sus legislaciones. Como norma general todas mencionan *Zonas de Servicios Sociales* que acogen a los Servicios Sociales básicos y que establecen en 10.000 hab. para las áreas rurales y 20.000 hab., para las áreas más urbanas, conformadas por equipos interdisciplinarios de trabajadores/as sociales y educadores/as sociales. Alguna legislación incluso menciona que debe existir una UTS²⁵ por cada municipio²⁶, con independencia de sus habitantes y que pertenecerá a su zona de Servicios Sociales, para realizar un adecuado trabajo preventivo comunitario. El otro nivel territorial que corresponde a los Servicios Sociales específicos son las *áreas de Servicios Sociales* y que establecen casi todas las CC. AA en la horquilla poblacional de 50.000 a 100.000 hab.²⁷, atendiendo también a otras circunstancias específicas como son uniones de tres a cinco zonas de Servicios Sociales, ruralidad de las áreas, división de áreas metropolitanas y otras delimitaciones como las históricas (comarcas, veguerías...).

El tema de la COORDINACIÓN Y COOPERACIÓN entre los diversos niveles del sistema de Servicios Sociales es mencionado en todas las legislaciones básicas, pero solo se habla de los distintos consejos o comités que se encargarán de su desarrollo, solo Navarra detalla cómo debe funcionar esa coordinación. En algunas legislaciones se establece que *el principio de prevalencia de criterio de atención social* lo poseen los Servicios Sociales comunitarios básicos, pero es la única norma de funcionamiento, que no coordinación, que se menciona concretamente.

24. Se puede consultar en <http://bit.ly/2cZZ7mL>

25. Unidad de Trabajo Social, compuesta por un/a trabajador/a social como mínimo.

26. Aragón, La Rioja y Castilla-La Mancha

27. En algunas C.A como Euskadi se rebaja la población de las *áreas* de Servicios Sociales entre 15.000 y 50.000 hab. donde las *zonas* de Servicios Sociales se establecen entre 3.000 a 7.000 hab. en el mundo rural y entre 5.000 y 15.000 hab. en el urbano.

Con respecto a las METODOLOGÍAS DE TRABAJO analizadas en las diversas leyes y normas lo destacable es que todos los ciudadanos y las ciudadanas tienen derecho a un profesional de referencia en los Servicios Sociales básicos y un plan de atención social individual/familiar, pocos mencionan el trabajo en red y solo Castilla-La Mancha menciona la existencia de un servicio social de urgencia. Sobre los ratios profesionales las legislaciones que lo mencionan establecen que 1 TS por cada 5.000 hab. aunque algunas como Galicia²⁸ lo rebajan a 1 TS por cada 2.000 hab. si se trata de zonas rurales y otras como la Navarra hablan de la existencia de un equipo interdisciplinar por cada 5.000 hab. compuesto por un trabajador/a social, un administrativo/a, dos trabajadores/as familiares y medio educador/a social.

La PARTICIPACIÓN CÍVICA basada en nuevas modalidades de democracia directa desde los territorios es mencionada en casi todas las legislaciones con la expresión de «se fomentará» pero no indican nada más. Solo Castilla-La Mancha menciona la participación social deliberativa (art. 72), y Galicia que en su art. 43 establece que se debe articular «un sistema de consulta y debates abiertos desde el ámbito territorial y sectorial», aunque no se han encontrado documentos que indiquen que ninguna de estas dos CC. AA lo hayan desarrollado.

La CALIDAD es un tema que supera las posibilidades de ser instaurada desde los Servicios Sociales Generales y que por lo tanto debe ser puesta en marcha desde el ámbito autonómico. La Rioja²⁹ y Navarra³⁰ son las únicas que por el momento han aprobado legislación sobre calidad de los Servicios Sociales que afectan tanto al nivel básico como al específico y al especializado.

La FINANCIACIÓN de los Servicios Sociales generales es mencionada en casi todas las legislaciones básicas de forma vaga, incluyéndose la frase abstracta de «se establecerá mediante convenios» que remiten a posteriores ordenes anuales de financiación. Algunas incluyen porcentajes sobre la aportación de las CC. AA a los Servicios Sociales básicos como el caso de Galicia³¹, Illes Balears³², Catalunya³³,

28. En Galicia el decreto 99/2012 que regula los Servicios Sociales comunitarios se concreta para cada zona de Servicios Sociales y para cada programa específico existente en sus áreas de Servicios Sociales los ratios profesionales.

29. Ley 3/2007 de Calidad de los Servicios Sociales de La Rioja

30. Orden de Calidad 260/2010 donde se establece el Plan de Calidad 2010-2013 de los Servicios Sociales Navarros.

31. Según población deben aportar los Aytos. desde el 20% del coste para los de menos de 20.000 hab. hasta el 33% del coste para los de más de 60.000 hab.

32. Para los comunitarios básicos la C.A debe aportar como mínimo el 50%. Para los específicos y especializados los debe financiar en su totalidad quién sea su titular.

33. Para los Servicios Sociales básicos la C.A debe aportar el 66% o más, y los específicos y especializados los titulares de los mismo al 100%.

Aragón³⁴, Navarra³⁵ o La Rioja³⁶. Castilla-León fija un módulo-tipo de coste de cada prestación y de los medios para desarrollarla y establece que serán financiados del 65% al 100% por parte de la C.A dependiendo del tipo de servicio.

5. Propuestas de acción en la Comunidad Valenciana sobre el sector

Expuestas en los puntos anteriores las formas en que la legislación de las diversas CC. AA tratan el tema de los Servicios Sociales Generales, pasamos a realizar las propuestas que creemos más convenientes para crear un nuevo Sistema de Servicios Sociales Generales en la C. Valenciana.

Se debe plantear la realización de una planificación estratégica que desde el nivel local vaya ascendiendo al nivel autonómico. Sin tener en cuenta las peculiaridades y circunstancias de cada territorio, y la participación de todos los actores implicados en el sistema, no se puede realizar una planificación estratégica que sea real y sobre todo asumida tanto por las y los profesionales del sector, así como por la ciudadanía que va a «recibirla» y que debe estar presente en todas sus fases: diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. La verdadera democracia participativa debe ser una constante en nuestro sistema si queremos que sea reconocido por la ciudadanía como un verdadero sistema del bienestar social.

La organización funcional de los Servicios Sociales generales debe articularse en torno a dos niveles; el básico y el específico. Si no realizamos esta nueva organización estamos manteniendo la actual estructura que sabemos que no funciona y que está siendo una pesada carga económica para los Ayuntamientos que han establecido esos servicios y programas específicos, y que deja como ciudadanos/as de segunda categoría a los vecinos y las vecinas de aquellos que no los poseen. Además, establecer programas y servicios atendiendo a las necesidades sociales como objeto de intervención y no situando el objeto de intervención sobre grupos poblacionales concretos (tercera edad, mujer, diversidad funcional, menores, etc.) haría, como indica Aguilar (2014), que pasáramos de ser un sistema de

34. Los Generales establecidos en el mapa se financian al 50% por la C.A y los que han creado por su cuenta comarcas y Ayuntamientos sin estar incluidos en el mapa de Servicios Sociales los financiarán por su cuenta sus titulares.

35. Los Servicios Sociales de base tendrán dos tramos de financiación. Tramo fijo; por convenios concretos y la C.A aportará desde el 50 al 80%, y tramo variable que será en función de la puntuación obtenida por un baremo existente para ello. Los específicos y los especializados quien sea su titular.

36. Los Aytos de menos de 20.000 hab. recibirán el 100% de gastos de recursos humanos y el resto de gastos se establecerá por convenios plurianuales para los Servicios Sociales básicos. Los específicos los sostendrán sus titulares.

beneficencia³⁷ (a quién se atiende) a ser un verdadero pilar del bienestar social (qué atención se ofrece), como ocurre con el resto de sistemas del bienestar social.

La organización territorial se debe plantear, ya que actualmente es inexistente, desde una base poblacional pero también territorial. Los Servicios Sociales básicos, para que fueran efectivos en prevención, trabajo comunitario y seguimiento de casos deberían tener un trabajador/a social por cada municipio, que sería identificado como el trabajador social de referencia para las personas usuarias, y con una base poblacional en torno a 2.500 hab.³⁸, o configurando equipos multidisciplinares³⁹ como hace Navarra sobre 5.000 hab. Esto constituirían las UTS que formarían parte de las *zonas de Servicios Sociales* estimadas en torno a 20.000 hab. y donde ya se planificarían y ejecutarían programas concretos de índole comunitaria con alta proximidad y bajo nivel de especificidad. Aquí se incluirían como programas comunitarios básicos los actuales SEAFI, SMAD, SAD, absentismo escolar, participación ciudadana y asociacionismo, convivencia social, grupos de ayuda mutua, de desarrollo de interrelaciones y apoyos sociales para las familias, promoción de la autonomía personal en todas sus vertientes –física, psíquica, social–, etc., así como programas concretos para remover los obstáculos que impiden el pleno desarrollo e integración de las personas según las circunstancias de cada zona de Servicios Sociales. Se debería trabajar de forma coordinada con el nivel específico y con el resto de sistemas del bienestar sobre casos concretos: salud, educación, prestaciones de subsistencia y justicia.

Las *áreas de Servicios Sociales* para el desarrollo de los Servicios Sociales específicos deberían ubicarse sobre poblaciones de 50.000 a 100.000 hab. como hacen otras CC. AA, y como mínimo, una por comarca de la C. Valenciana. Estas áreas contendrían las diversas zonas de Servicios Sociales básicos y desarrollarían programas de baja proximidad y mayor nivel de intensidad como son: centros de día, centros ocupacionales, viviendas tuteladas, atención temprana a la diversidad psíquica, atención a la violencia de género, medidas judiciales en medio abierto para menores, etc., y se coordinarían para actuar conjuntamente con otros niveles del bienestar ante problemáticas concretas como necesidad de vivienda o vivienda adaptada, de formación y empleo, centros especiales de empleo, de conciliación de la vida familiar y laboral, prevención y atención a las drogodependencias, atención y servicios específicos para las personas con enfermedad mental, etc. Estas áreas estarían compuestas por equipos interdisciplinares que incluirían además de a los trabajadores y las trabajadoras sociales a profesionales de la educación

37. Aguilar indica que los Servicios Sociales no serán un verdadero *pilar* del Estado Social hasta que dejen de lado el paradigma de ser solo el último nivel protector, definido por el sector de población al que atiende, y cuya finalidad es ser subsidiario de la protección ordinaria del resto de sistemas del bienestar.

38. En el sistema sanitario valenciano el médico de atención primaria tiene una base de unos 2.000 hab. por profesional

39. Compuesto por trabajador/a social, un administrativo/a, dos trabajadores/as familiares y medio educador/a social.

social, de psicología, de enfermería, de sociología, de integración social, etc. Se trabajaría de forma coordinada y protocolizada con las zonas de Servicios Sociales ya que éstas son las que derivarían la demanda.

Los Servicios Sociales especializados como los residenciales, de tutela jurídica, etc., tendrían una implantación territorial según las necesidades que de ellos se hayan diagnosticado participativamente en cada comarca/área de Servicios Sociales y trabajarían en estrecha coordinación protocolizada con los Servicios Sociales específicos.

La metodología de trabajo en los Servicios Sociales generales debería ser la vuelta al Trabajo Social comunitario y a la gestión de casos, todo ello basado en la prevención, y cuando la necesidad ya existe, en su atención centrada en la persona y no en los recursos existentes, y vinculada de forma real a su inserción social. Se debe potenciar y apoyar el trabajo en red, y dar soluciones reales a las urgencias sociales que existen y que hoy en día son atendidas de forma ordinaria ante la falta de medios para realizar una intervención que se pueda realmente clasificar como de urgente para ser posteriormente derivada al nivel funcional de atención que le corresponda.

La financiación de los Servicios Sociales generales es otra de las asignaturas pendientes en la C. Valenciana. Las ordenes de ayudas anuales para su sostenimiento solo se basan en el número de población desde hace más de 25 años, con la base de lo instaurado en el PCPB y atendiendo al servicio de información (profesional de Trabajo Social), emergencia social o el SAD. Solo de forma discrecional y clientelar se ha obtenido financiación para el resto de programas del PCPB como el de convivencia, cooperación o prevención y reinserción social, o para nuevos programas de Servicios Sociales básicos o específicos, y en ocasiones especializados. Se necesita una fórmula clara de financiación, establecida con rango de ley, con parámetros identificados y cuantificables, que sea plurianual⁴⁰ para permitir el desarrollo completo del programa presentado, y que se establezca por ejemplo como se realiza en La Rioja, la financiación del 100% de personal necesario⁴¹, y que el resto de inversión se convenga por porcentajes según fórmulas establecidas basadas en su calidad y oportunidad. Todo esto para los Servicios Sociales básicos. Los Servicios Sociales específicos deberían ser financiados en su totalidad por la Generalitat Valenciana e instaurados según una planificación estratégica comarcal basada en las necesidades sociales reales, y realizada de forma participativa según una base técnica y no política por la Generalitat Valenciana.

40. Para los servicios que tenga vigor durante la vigencia de los mismos.

41. En La Rioja estos costes se transfieren mensualmente a las entidades locales y no tienen que esperar durante meses e incluso años a su cobro.

6. Conclusiones

Los Servicios Sociales a diferencia de los otros sistemas de protección social han sido desarrollados en buena parte desde el ámbito local, siendo el territorio su referencia.

La Ley 5/97 de Servicios Sociales de la C. Valenciana establece un reparto de las competencias entre la Generalitat y las Entidades Locales, dando a las Diputaciones la competencia de apoyar a los municipios de menos de 10.000 habitantes.

El escaso desarrollo de los Servicios Sociales Generales desde la Generalitat Valenciana ha hecho que el peso de los mismos recaiga sobre las Administraciones Locales, lo que conlleva que los Ayuntamientos y Mancomunidades en función de su capacidad, compromiso y sensibilidad, hayan optado por una mayor inversión, innovación y calidad del sistema, que lo que se ha venido desarrollando desde la propia Generalitat Valenciana. Los municipios valencianos en numerosos casos son los valedores del sistema.

Hace ya treinta años que se inició la construcción de un sistema de responsabilidad pública, con base municipalista, en el que la atención primaria se desarrollaba en los Ayuntamientos, cerca de la ciudadanía, pero esta construcción se quebró en 1995.

Desde entonces el territorio ya no es la referencia para el desarrollo del sistema, sino otros parámetros como los sectoriales (por colectivos), los modelos de gestión (atribución al sector privado con ánimo y sin ánimo de lucro de la acción social), lo individual (intervenciones individuales frente a grupales o comunitarias de base territorial) y la concesión de ayudas económicas sin intervención profesional que ayude a superar las situaciones que hayan provocado esta necesidad en los sujetos, dejando de lado la intervención técnica y profesional, posibilitando actuaciones discrecionales, clientelares y paternalistas, y olvidándonos de la idea de universalidad y derechos subjetivos que este sistema presenta en el resto de Europa.

Desde los inicios y con el transcurso del tiempo, el sistema de Servicios Sociales ha tenido que afrontar muchos retos, en una estrategia interesada de descomponerlo y distanciarlo de las estancias de proximidad y de la autonomía municipal para su organización. No se ha desarrollado desde una concepción de las necesidades sociales de la población, desde la dimensión territorial, sino desde una interpretación reduccionista de necesidades al plano sectorial y con una concepción muy residual.

Ahora es el momento de proponer un nuevo desarrollo para el Sistema de Servicios Sociales Generales de la C. Valenciana, propuesta que se plantea de forma genérica a modo de ejemplo posible en este capítulo, donde se plantea una organización de los Servicios Sociales generales en dos niveles; básico y específico, donde la base territorial se divida entre los dos niveles de atención; en zonas para el nivel básico y áreas para el específico, donde la financiación se establezca de forma clara por ley y apoyada de forma prioritaria en la C.A que es la que posee medios económicos suficientes y obligación de prestar estos Servicios Sociales

para no romper la cohesión social y territorial, y donde la planificación estratégica real sea la base de todo el sistema en atención a las necesidades sociales existentes y a la atención basada en las personas, y no en el propio sistema.

7. Referencias bibliográficas

- AGOST FELIP, R. Y FUERTES EUGENIO, A. (Eds.). (2009). *Los Servicios Sociales Comunitarios en el municipio de Vila-real*. Ajuntament de Vila-real.
- AGUILAR HENDRICKSON, M. (2014): «Hacia un replanteamiento de los Servicios Sociales en España». *Documentación social*, nº 175, pp. 35-63.
- ARENILLA SÁEZ, M. (2007): «De la planificación estratégica a la operativa. Ofreciendo algunos referentes de actuación». *Primeras Jornadas Nacionales sobre Planificación en Servicios Sociales*. Logroño. Gobierno de La Rioja, pp. 96-113.
- BELIS, V. (2011): «La integración de la atención a la dependencia en los Servicios Sociales Municipales del Ayuntamiento de Sagunto». *Revista TSNOVA*, 3, 73-78.
- CARBONERO GAMUNDÍ, M.A. Y CARO BLANCO, F. (2013): «Huellas, principios y propuestas para el Sistema Público de Servicios Sociales en un contexto de crisis». *Documentación Social*, nº 170. Pp. 121-142.
- CASADO, D. Y FANTOVA, F. (2007): *Perfeccionamiento de los Servicios Sociales. Informe con ocasión de la Ley sobre la autonomía y dependencia*. Madrid. Cáritas-FOESSA.
- MIRA-PERCEVAL, M.T., DE ALFONSETI, N. Y GIMÉNEZ BERTOMEU, V.M. (2007): *Servicios Sociales. Estructura, dinámica, políticas y estrategias en España y la Comunidad Valenciana*. Alicante. Universidad de Alicante.
- PLAN DE ACTUACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES GENERALES. (1989): Generalitat Valenciana. Conselleria de Trabajo y Seguridad Social. Dirección General de Servicios Sociales.
- UCEDA-MAZA, F.X. (2011): «Los Servicios Sociales en España: desarrollo y articulación en los nuevos escenarios». *Documentación Social* nº 162, pp. 235-258.
- UCEDA-MAZA, F.X Y MARTÍNEZ-MARTÍNEZ, L. (2014): «Los Servicios Sociales en el área metropolitana de Valencia: la cooperación necesaria», en PITARCH, M.D., *Sostenibilidad en las áreas metropolitanas*. Valencia. PUV.
- VILÀ MANCEBO, A. (2012): «La nueva generación de leyes autonómicas de Servicios Sociales (2006-2011): análisis comparativo». *Revista Azarbe*, nº 1, pp. 143-155.

Referencias normativas

Ley 5/97, de 25 de junio, por la que se regula el sistema de Servicios Sociales de la Comunidad Valenciana.

3 Los Servicios Sociales y las personas mayores

M^a Amparo Barrachina Hueso
José Vicente Pérez Cosín
Juan Ramón López Olano

«Las personas mayores son personas que quieren participar activamente de manera integral en la sociedad española. Una sociedad que encara este siglo con la preocupación de velar de forma equilibrada y equitativa, por el conjunto de necesidades y expectativas de todas las personas, sea cual sea su edad género o condición. Es necesario estimular y reconocer la gran contribución de las personas mayores al bienestar del país, y el papel que han jugado y seguirán jugando en relación a la gente que les rodea, en relación a las comunidades donde viven y se relacionan, y en relación al conjunto del país y del mundo» (SUBIRATS, 2011:87)

1. Introducción

El envejecimiento como hecho demográfico a nivel mundial es en sí mismo un logro para la humanidad en su conjunto. El que las personas seamos más longevas ha sido gracias a cuestiones relacionadas con la sanidad y salubridad, la alimentación, los avances tecnológicos en diversos campos de conocimiento aplicados a la vida ordinaria de las personas y lo más importante a la extensión a la mayor parte de la población del acceso a todo ello (WHO, 1999). En Europa ha llegado por la implantación de los regímenes de bienestar (Sping-Andersen 1999; Moreno 2014) por parte de los Estados¹. Estos regímenes se desarrollan a través

1. Que no ejecutadas o administradas pues existen diferentes niveles territoriales de administración, en los diferentes Estados de la Unión Europea. El Estado se convirtió en el garante de los derechos de ciudadanía a finales del S.XX y la situación debería extenderse en el siglo XXI. Sin embargo, la paradoja pone en evidencia la pérdida del papel del Estado en el contexto de globalización económica principalmente (Giddens, 2003; Beck, 2006;

de diferentes legislaciones y partidas presupuestarias (o ausencia de ellas), dando lugar a modelos de protección y «cuidados»² de la ciudadanía diferentes. Estos sistemas de bienestar, por tanto, tienen consecuencias sociales, económicas, políticas e individuales, tan profundas que influyen en la edad en que la persona muere y la condición en que lo hace.

Los derechos y obligaciones ciudadanas lo son respecto a un territorio, puesto que elegimos a nuestros gobiernos, pagamos impuestos y se nos protege respecto a determinados riesgos –enfermedad, vejez, desempleo...– también en espacio. Pero esa territorialidad se diluye cuando se habla de economía global. El desarrollo del sistema económico capitalista³ del siglo XXI, tiene consecuencias en todos los niveles políticos, los cuales se encuentran actualmente en momentos de debilidad debidos justamente a ese vínculo con el territorio. Comprender la distinción creada⁴ entre el sistema económico (capitalista) y el sistema político (democracia liberal) es imprescindible para comprender las críticas que desde el pensamiento conservador y neo-liberal –el más representado en los medios de comunicación– y de los gurús del mismo –desde periodistas a economistas...– se realiza a los sistemas de bienestar.

Tal y como los datos del SISAAD⁵, entre otros estudios, muestran en una Sociedad que envejece⁶ la prevalencia de personas con enfermedades y dolencias crónicas y de personas en situación de dependencia (IMSERSO, 2011; SISAAD, 2014)⁷ aumenta. Ello significa un mayor gasto no solo en pensiones, sino en Sanidad y Servicios Sociales. A pesar de que ya hay estudios económicos que prevén los posibles y en general elevados costes de éstos, es necesario tener en cuenta los impactos positivos de nuevas políticas sobre la población en general, y sobre

Castells, 2008) mientras sigue la sujeción del individuo a los Estados, gracias a los derechos de ciudadanía derivados de la democracia liberal representativa.

2. Utilizamos el término «cuidar» y no solo de asegurar o «proteger contra el riesgo» (Sping-Andersen 1999, 2010...) Moreno (2014) Alonso (2012) Del Pino (2014)) cuya terminología es la usual en la literatura porque está en la naturaleza de este capítulo centrar la atención en los términos relacionados con cuidados, autocuidado, cuidar, etc.

3. En el cual las finanzas pueden moverse en cuestión de segundos en todo el mundo reforzando o destruyendo las economías de países.

4. Decimos creada porque, aunque se ha intentado naturalizar es algo socialmente construido. E históricamente no siempre ha sido tan clara. Dependiendo de las diferentes ideologías la intervención estatal en la economía se ve como algo positivo o negativo.

5. Sistema de Información del Sistema para la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia

6. Es decir, donde la generación de los *baby boomers* (década entre 1950 y 1960) abandonan el mercado de trabajo, donde las tasas de paro juvenil son de entre el 30 al 52%, donde las tasas de natalidad son cada vez menores, etc.

7. Persona que necesita ayuda de una tercera persona para realizar las Actividades Básicas de la Vida Diaria.

el colectivo de mayores de 65 años en particular, que se encuentra en desarrollo⁸. Así, en el estado de salud a lo largo del ciclo vital inciden: la actividad física moderada, la prevención del aislamiento y la soledad, el nivel de estudios, y el de renta. Y estos son factores que determinarán las situaciones de dependencia al final de la vida⁹ y pueden hacer cambiar las estimaciones económicas.

Pese a este apunte optimista y aceptando como ciertas las previsiones que se utilizan en estos momentos sobre gasto público, estamos en la «encrucijada» sobre cuáles son las políticas sociales posibles y deseables en este campo, lo cual implica una reflexión en torno al trilema de Rodrik¹⁰ y las políticas de protección social: ¿Debemos hacernos cargo de las personas mayores, del proceso de envejecimiento o de las personas en situación de dependencia? ¿De qué forma nos hacemos cargo, mediante el suministro de servicios por el mercado? ¿Qué pasa con esas personas que no pueden comprar servicios asistenciales en el mercado y con las que sí? ¿Es la familia, con una perspectiva tradicional en la que las mujeres son las que proveen los cuidados, la que debe hacerse cargo? ¿Qué pasa con esas personas que no tienen familia?, ¿Son los estados actuales demasiado pequeños para garantizar los derechos de ciudadanía? ¿Son demasiado grandes para dar respuestas efectivas a las diferentes realidades que viven sus ciudadanas/os? ¿En qué nivel debe descansar el derecho y la financiación de los cuidados: en el estatal, el supranacional, en nuestro caso supraestatal Unión Europea (UE)? ¿En qué niveles administrativos deben de implementarse los cuidados?, ¿en cuáles de dichos niveles son más efectivas las políticas de cuidados a los mayores? ¿Cómo hacemos frente a la desigualdad entre humanos, especialmente en situación de necesidad? Cualquier respuesta a estas preguntas es eminentemente política, y muestra nuestro posicionamiento frente a las personas mayores y las personas mayores en situación de dependencia, desde unos valores de cobertura de los riesgos por parte del Estado. Es decir, de afianzamiento o no del régimen de bienestar como Estado del Bienestar. Y es a partir de las respuestas, donde se pueden marcar las direcciones y donde los técnicos y científicos pueden comenzar a analizar, estudiar, y a dar soluciones.

Desde este capítulo utilizamos el concepto de Estado de Bienestar, pues entendemos que la atención a las personas se realiza desde el marco de la ciudadanía, esto es la sujeción de los individuos a los diferentes estados y administraciones públicas (AAPP), teniendo especial relevancia la local. En defensa de la utopía, el modelo sería que el marco fuese más allá de los Estados, desarrollando en primer lugar una Ciudadanía Europea con Derechos y Obligaciones iguales en todos los países de la Unión. Y posteriormente mundial, que defienda los principios de igualdad y solidaridad por delante de los estrictamente económicos.

8. Sistema de promoción y atención a las personas en situación de dependencia, Estrategias de Envejecimiento activo, Rutas de Salud, Programa para pacientes crónicos, de prevención de enfermedades o patologías no transmisibles, alimentación sana, actividad física, etc.

9. Aunque exista el indicador de esperanza de vida en salud y pueda arrojar algo más de luz respecto a esta cuestión.

10. The Globalization Paradox.

En resumen, para continuar con ese éxito conseguido, el del envejecimiento, es necesario que la administración, especialmente la más cercana a la ciudadanía, la local, desarrolle programas, proyectos, etc., acorde a esos derechos de ciudadanía ligados no solo a las personas mayores, que también, si no a la población en general, de todas las edades, para permitirles/nos envejecer sin caer o retrasando las situaciones de dependencia.

Figura 1. Conceptualización personas mayores



Fuente: Elaboración propia.

1.1. Conceptos a tener en cuenta

El imaginario respecto a las personas mayores tiene términos como: viejos o ancianos, pensionistas, población pasiva, mayores de 65 años, abuelas/os... Pero también dependientes, enfermos, discapacitados, etc. Desde este capítulo deseamos realizar una distinción entre personas mayores, personas con diversidad funcional (personas que sufren alguna discapacidad) y personas en situación de dependencia.

La *figura 1* puede ayudar a ver gráficamente esta distinción. Existen personas mayores que no tienen por qué sufrir déficits funcionales ni estar en situaciones de dependencia. Otros sí que sufren discapacidades, pero no son personas en situación de dependencia y un tercer grupo que son personas mayores con déficit funcional y que necesitan una persona para desarrollar las actividades básicas de la vida diaria (Berjano, 2011), por tanto, son personas en situación de dependencia. Esta última está representada por la zona más oscura donde las tres elipses se unen. También, gracias a esta figura es posible diferenciar el grupo de personas con diversidad funcional y el grupo de personas que teniendo diversidad funcional pueden estar en situaciones de dependencia. Este gráfico podría

complejizarse y ponderarse¹¹, incluyendo otras categorías como las personas con enfermedades crónicas, el género, las personas con minusvalías reconocidas que hay en un determinado territorio (por Comunitat Valenciana, provincial o municipal), con la finalidad de –ser utilizado analítica y estadísticamente para la previsión y racionalización de servicios. Además, esta distinción entre colectivos puede ayudar a clarificar para quién trabaja la Administración ya que muestra las diferentes etiquetas que normativamente les hemos puesto a las personas para «sujetarlas» (Beck, 2007) a unos determinados derechos, servicios o prestaciones y no a otros. Estas etiquetas tienen consecuencias; en primer lugar, pueden hacernos perder la noción de persona, en segundo lugar, podemos estar hablando de la misma ciudadana/persona según los diferentes sistemas sin saberlo y que se pierda la visión de la persona como centro en la perspectiva de atención. El gráfico muestra la heterogeneidad dentro de la homogeneidad de los colectivos y cómo una persona puede pertenecer a diferentes categorías al mismo tiempo. Ello, da pie al diseño e implementación de diferentes medidas políticas a los diversos colectivos desde una perspectiva donde la persona y su entorno se encuentran en el centro de la atención, siendo la Administración la que la envuelve y guía, y no la empuja de un lado a otro (de Sanidad, de Servicios Sociales, de Seguridad social, de Generalitat y lo otro del Ayuntamiento). Es decir, se pone en el centro a las personas sus necesidades y su calidad de vida durante el *proceso de envejecimiento*.

A partir de esta aclaración pasamos a definir los conceptos que se relacionan con las personas mayores:

Cuadro 1. Definiciones conceptuales

<p>Esperanza de vida en buena salud o Esperanza de vida libre de discapacidad</p>	<p>Se define como el promedio de número de años esperados que vive una persona disfrutando de buena salud (en ausencia de limitaciones funcionales o de discapacidad). Este indicador combina información de mortalidad y de morbilidad.</p> <p>Se basa en la prevalencia (proporción de personas que sufren una enfermedad con respecto al total de la población en estudio) de la población a una edad específica con buena y mala salud, y en la información sobre mortalidad específica por edades. Se considera condición de buena salud la ausencia de limitaciones funcionales/discapacidad. Se calcula en base al método Sullivan (tablas de mortalidad) y al indicador de limitaciones generales de actividad de Euro-REVES (Network on Health Expectancy) (INE, 2015).</p>
--	--

11. Porcentualmente, dando pesos específicos a cada uno de los grupos que hemos etiquetado.

Envejecimiento activo (OMS)	<p>1995: Cambio de nomenclatura de los programas: De «programa de salud de las Personas Mayores» a «Envejecimiento y Salud».</p> <p>2002: «El envejecimiento activo es proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen.» (OMS, 2002) Este término es aplicable tanto a las poblaciones como a los grupos de población y supone que las personas puedan llegar a explotar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital. Por otra parte, contempla la participación en la sociedad en función de sus necesidades, deseos y capacidades. Por último, cuando necesitan asistencia se les proporciona protección, seguridad y cuidados adecuados.</p> <p>Este concepto lleva implícita la voluntad, por parte de las instituciones internacionales, por una parte, de cambiar la concepción sobre las personas mayores y el envejecimiento en general llevándola a términos con connotaciones positivas. Y de pasar de una planificación estratégica, desde un planteamiento «basado en las necesidades» –personas mayores como objetos pasivos– a otro «basado en los derechos» –envejecimiento activo–.</p>
Autonomía	<p>«Capacidad percibida de controlar afrontar y tomar decisiones personales acerca de cómo vivir al día de acuerdo con las normas y preferencias propias» (OMS, 2002).</p>
Independencia	<p>«Capacidad de desempeñar funciones relacionadas con la vida diaria; capacidad de vivir con independencia en la comunidad recibiendo poca ayuda o ninguna, de los demás». (OMS, 2002).</p>
Dependencia	<p>«El estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal.» (LEY 39/2006)</p> <p>Ello implica que «La dependencia es una situación de discapacidad en la que interviene el entorno y los factores contextuales como reductores o como agravantes.» (Puga & Abellán, 2004).</p>
Actividades básicas de la vida diaria	<p>Bañarse, comer, ir al baño...</p>
Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD)	<p>Ir de compras, preparar la comida, acudir al médico o pedir cita, controlar y pagar facturas...</p>

Fuente: Elaboración propia

El modelo para la implementación de las políticas públicas propuesto desde este capítulo es el del Envejecimiento Activo (EA). Un enfoque colectivo del envejecimiento, propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS –o sus siglas en inglés WHO–) que se guía por los Principios de las Naciones Unidas para las Personas Mayores bajo las premisas de independencia, participación, asistencia, realización de los propios deseos y dignidad. Así, los tres pilares del envejecimiento activo son: salud, participación social y seguridad. Y es sobre ellos sobre los que las Administraciones públicas deben actuar.

1.2. Tras el posicionamiento... qué se ofrece en el capítulo

El capítulo tiene como punto de partida la mapificación de los centros residenciales para mayores –en situación de dependencia o no–: (Residencias), los Centros de día y los Centros Especializados de Atención a Mayores (CEAM) en la provincia de Valencia. Pero éstos son sólo una parte de los recursos diseñados e implementados por parte de las Administraciones para la atención de las personas mayores como colectivo. Las políticas dirigidas a mejorar los procesos de envejecimiento de la población son más amplias, al igual que los recursos destinados.

Una vez expuestos los conceptos básicos para el necesario conocimiento y comprensión del campo y el modelo –de la OMS– para orientar las políticas destinadas al área de envejecimiento, esta introducción ayudará, a entender mejor los dos casos que se describen en el punto 4 y posteriormente las cuestiones que se podrían mejorar en nuestro sistema en la línea del modelo del Envejecimiento Activo. Para ello se refiere brevemente el marco normativo que afecta al modelo de atención en la Comunitat Valenciana (CV) y la mapificación de los tres recursos más conocidos para la atención a personas mayores.

2. Desarrollo normativo, derechos y situación legal de las personas mayores en la CV

Los Servicios Sociales orientados hacia la atención de las personas mayores en la Comunidad Valenciana, se enmarcan en los derechos sociales que emergen de la Constitución Española de 1978¹². Primero a través de la Ley 7/1985, de 2 de abril, reguladora de las Bases de Régimen Local que fijó las bases competenciales y posteriormente, siguiendo el mandato constitucional y del Estatuto de

12. El área de Personas Mayores referenciadas en los artículos 1, 9.2, 10, 14, 41, 50, 139.1, 148.1.20, 149.1.1. El sistema legislativo anterior: Ley de Beneficencia de 1849, por la ley del Fondo Nacional de Asistencia Social de 1960, el Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social (1962). Ley de Financiación y Perfeccionamiento de la Acción Protectora de la Seguridad Social de 1972

Autonomía de la Comunidad Valenciana, Ley Orgánica 5/1982, a través de la *Ley 5/1989 de Servicios Sociales de la Comunidad Valenciana* con la que quedó establecido un marco básico para el sistema de atención integrador de la red pública de Servicios Sociales. Esta *Ley de Servicios Sociales* fue complementada con el Decreto 40/1990, de 26 de febrero, de la Generalitat Valenciana, sobre registro, autorización y acreditación de los Servicios Sociales de la Comunidad Valenciana y la Orden de 9 de abril de 1990 que lo desarrolló. En conjunto estas tres normas dejaron establecido el llamado *Plan de Ordenación de los Servicios Sociales en la Comunidad Valenciana* en la década de los 90 en la que todos los servicios, incluidos los de Mayores, quedaron integrados y coordinados.

Esta ha seguido siendo la dinámica que se ha llevado por parte de las administraciones en materia de personas mayores. Como se ha recogido¹³ en la legislación respecto a los recursos destinados a la atención de mayores, se oscila entre los derechos que marca el nivel Estatal y los que otorga y desarrolla a su vez el autonómico –y por último, los intentos de contener las necesidades de la administración local que no se recogen aquí. La ordenación para la cobertura de necesidades por parte de la autonomía se enraíza en el estatuto de Autonomía del 82 y su reforma del 2006, la cual aumenta los derechos sociales en su Título II. Estos derechos que se amplían a nivel normativo con la Ley 4/212 de 15, *Carta de Derechos Sociales de la Comunitat Valenciana*¹⁴, que, en su Título Preliminar, art. 8 trata la protección de las personas mayores. Estas son las normas marco que recogen las cesiones competenciales respecto a titularidad y ordenación de los recursos a mayores. Sin embargo, estos proclamados derechos eran contemplados de forma graciable por la administración; la obligación era puramente nominativa, sin posibilidad de reclamar la no implementación por medio del poder judicial.

Esta cuestión cambia con el sistema creado a partir de la Ley 39/2006, emanada del Estado, para atender a las personas en situación de dependencia y promover su autonomía personal. Tal derecho sí es un derecho subjetivo al nivel de la atención sanitaria y la educación. Así se crea un doble sistema dentro del Sistema de Bienestar de los Servicios Sociales para atender las necesidades de las personas mayores (principalmente en situación de dependencia), que además se solapa con algunos de los programas que el Sistema de Bienestar Sanitario ya proveía.

Antes de pasar a la legislación sobre centros y recursos se desea hacer un apunte sobre la capacidad dada por la legislación actual a las personas mayores como grupo, de influir y/o participar en las políticas y en los recursos que son dirigidas hacia ellos. La primera es la orden de 20 de diciembre de 2005 por la que se regula el Estatuto de los Usuarios de centros de Servicios Sociales especializados para la atención de personas mayores, actualizando ambas las demandas asistenciales y desarrollando recurso a recurso el Decreto 91/2002. La segunda y

13. En la bibliografía se han recogido las leyes que tienen que ver con este sistema de bienestar. En el punto solo se recogen las consideradas más relevantes.

14. Cuyo artículo I establece los derechos, principios y directrices en materia de Servicios Sociales.

más importante es la creación del órgano, y cauce de participación reconocido a nivel de Generalitat para influir en las políticas públicas, el Consejo Valenciano de Personas Mayores¹⁵, el cual recoge el cumplimiento del art 50 de la Constitución y del Art. 2 del Estatuto de Autonomía. Además, en la Ley 39/2006 de ámbito estatal también se tiene en cuenta su participación en uno de los órganos representativos.

Tras la aclaración respecto a la posibilidad y nivel de participación institucional, a continuación, se ofrecen las cuestiones más relevantes respecto a la ordenación de recursos, el desarrollo del nuevo derecho subjetivo, su imbricación o no con el sistema de protección ya existente y la coordinación con el sistema sanitario.

2.1. Sobre la ordenación de centros y recursos en materia de Servicios Sociales

El desarrollo del sistema antes de la ley 39/2006, el nivel administrativo de los Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma actual, comienza su ordenación con la Ley 5/1997, de 25 de junio, por la que se regula el Sistema de Servicios Sociales en el Ámbito de la Comunidad Valenciana. Posteriormente, mediante el Decreto 90/2002, de 30 de mayo, se desarrolla un sistema de control y evaluación de la calidad ofrecida ajustada a las necesidades de ese momento. A partir de ahí la normativa determina la implementación de los centros y servicios para mayores –en situación de dependencia y sin ella– desde los Servicios Sociales Especializados.

Respecto a la provisión de centros y recursos, cabe destacar el más importante respecto a número e impacto, como posteriormente se podrá comprobar en la mapificación, el *Concurso número GR/0038/02/01* por el que dio comienzo al «*Contrato administrativo especial consistente en la creación de un máximo total de 9.000 plazas residenciales para personas mayores*» [DOGV - Núm. 3.935, de 1 de febrero 2001]. Dicho contrato, conocido también como el *Plan Blasco*, es el ejemplo de la dirección política y el modelo de atención a personas mayores, en general y en situación de dependencia en particular, de la Comunitat Valenciana hasta el momento. El concurso licitó la construcción y gestión de centros para mayores dependientes a empresas privadas. Dichos centros son titularidad y gestión privada, pero proveen a la Generalitat de plazas públicas (anteriormente llamadas plazas de accesibilidad social) cuyo acceso puede ser en estos momentos por Servicios Sociales o por la LAPAAD. Al menos un tercio de las plazas de esos centros tienen esa titularidad y forma de acceso. Según el concurso, la ubicación de los centros venía marcada por un mapa de atención gerontológica, el cual no

15. Ley 9/2004, de 7 de diciembre, del Consejo Valenciano de Personas Mayores (DOGV núm. 4.899, de 9 de diciembre) [DOGV núm. 3.028, de 4 de julio]

era público y cuyo resultado es la distribución de plazas que se puede observar en la mapificación hecha actualmente¹⁶.

En 2005 se desarrollaron por un lado la Orden de 4 de febrero de 2005, de la Conselleria de Bienestar Social, por la que se regula el régimen de autorización y funcionamiento de los centros de Servicios Sociales especializados para la atención de personas mayores, con especial incidencia en los centros residenciales y los centros de día.

2.2. La irrupción de la Ley para la Promoción de la Autonomía y Atención a las personas en situación de Dependencia (LAPAAD)

A nivel nacional, se publica en 2006 la LAPAAD, la cual regula parte de un sistema de bienestar descentralizado como son los Servicios Sociales. Para ello se desarrollan los Convenios de Colaboración interadministrativa. De éstos en el ámbito autonómico, cabe destacar el Decreto 35/2007, el cual crea el régimen de funcionamiento del Consejo Interterritorial de Servicios Sociales, Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia de la Comunidad Valenciano¹⁷ y el convenio de colaboración para el marco de cooperación interadministrativa.

Por otra parte, dentro de la normativa autonómica, se crea el «Sistema de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia» (SAAD).

En 2007 se aprueban tanto el procedimiento para reconocer el derecho a las prestaciones del sistema valenciano para las personas en situación de dependencia, como para la «Aprobación del Programa Individual de Atención» (PIA)¹⁸. En estas disposiciones se fija también, la importancia del área municipal para los demandantes de prestaciones a personas en situación de dependencia¹⁹. Pero además esta misma Orden –del 5 de diciembre de 2007– en su capítulo 2 incompatibiliza la posibilidad de acceso a Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD), o la prestación

16. Aparte de la mapificación del punto 3, realizada a escala provincial. Si se analiza la ubicación de los centros con respecto a los centros urbanos de los municipios se puede comprobar que algunos de ellos se encuentran fuera de los mismos incluso entre campos de naranjos.

17. Modificado a través del Decreto 113/2009, de 31 de Julio, por el que se modifica el Decreto 35/2007, de 30 de marzo, sobre creación, composición y régimen de funcionamiento del Consejo Interterritorial de Servicios Sociales, Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia de la Comunidad Valenciana).

18. El Decreto 171/2007 procedimiento para reconocer el derecho a las prestaciones del sistema valenciano para las personas en situación de dependencia. Orden de 5 de diciembre de 2007, de la Conselleria de Bienestar Social, que regula el procedimiento de Aprobación del (PIA)

19. SMAD-SS. SS municipales.

económica vinculada al servicio, con la plaza de Centro de Día, propiciando con ello la entrada de los mayores en plazas residenciales o el mayor uso de ellas²⁰.

A partir del 2010 se publican las órdenes con la adecuación terminológica respecto al SAAD y al Parlamento Europeo²¹; y se crea el Comité Consultivo Autonómico del Sistema Valenciano para la Autonomía y Atención a la Dependencia y se establecen sus normas de funcionamiento²². De igual modo, el Decreto 18/2011, de 25 de febrero, establece el procedimiento para reconocer el derecho a las prestaciones del sistema valenciano para las personas en situación de dependencia.

Respecto a los centros y su ordenación, la Orden 8/2012 clarifica y unifica la normativa respecto a centros de atención especializada para mayores de titularidad municipal, denominados Centros Integrales de Mayores (CIM) para diferenciarlos de los de titularidad autonómica (CEAM).

Por último, la Orden la de 8/2015, de 29 de diciembre, de la Vicepresidencia y Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas, establece las bases reguladoras de la concesión de subvenciones en materia de Servicios Sociales especializados de personas mayores, adecua, a la normativa europea, las ayudas y subvenciones a conceder y fija las condiciones de concesión para entidades sin ánimo de lucro. Dichas subvenciones, así como las ayudas económicas a las personas en situación de dependencia y sus familias, ya venían siendo publicadas en distintas Órdenes anuales desde la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia.

2.3. Sanidad y personas mayores

La normativa en esta área se inicia con la Ley General de Sanidad, 14/1986, de 25 de abril, que reforma el sistema sanitario español y crea el Sistema Nacional de Salud, basado en la universalidad y el carácter público de los servicios de salud de las comunidades autónomas. Posteriores desarrollos normativos autonómicos

20. Las personas que sufren un grado de dependencia severa, necesitan ayuda para realizar en cierta medida para las ABVD y las AIVD. Por ello si es necesario el servicio de centro de día para mantener las capacidades de la persona mayor, también es necesaria el SAD ya sea para el mantenimiento del hogar o para levantarse de la cama y poder ir al centro.

21. La Orden 1/2010, de 18 de febrero, de la Conselleria de Bienestar Social, sobre registro, autorización y acreditación de los Servicios Sociales de la Comunidad Valenciana viene a ajustar la terminología de los centros residenciales y centros diurnos añadiendo la terminación «para personas en situación de dependencia» integrándolos en los Sistemas de Calidad que la Generalitat, adecuándose así a la Directiva 2006/123/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 12 de diciembre de 2006 relativa a los servicios en el mercado interior.

22. Decreto 38/2010, de 19 de febrero, por el que se crea el Comité Consultivo Autonómico del Sistema Valenciano para la Autonomía y Atención a la Dependencia y se establecen sus normas de funcionamiento.

diferenciaron las áreas de actuación (ordenación, asistencia sanitaria y salud pública) a través de la Ley 3/2003, de 6 de febrero, que estableció la organización de los servicios sanitarios públicos, mientras que las actuaciones en materia de salud pública se regularon por la Ley 4/2005, de 17 de junio, de la Generalitat, de Salud Pública de la Comunidad Valenciana²³. Esta ley concentró la actividad de salud pública en la vigilancia, planificación, prevención y protección de la salud, orientando su acción a través del Sistema de Información en Salud Pública y el desarrollo de intervenciones en el ámbito comunitario, a través de los servicios de salud pública y de las estructuras asistenciales. Así pues, de este sistema de bienestar depende la Estrategia de Envejecimiento Activo de la Comunitat Valenciana de 2013, de la cual hasta este momento no se han mostrado datos de impacto o de ejecución.

Debido a la necesidad de integrar toda la normativa sanitaria autonómica y para conectar la asistencia sanitaria y la salud pública, se aprueba la Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de la Generalitat, de Salud de la Comunidad Valenciana que intenta integrar la atención asistencial y la preventiva tanto en los recursos sanitarios como en los socio-sanitarios, así como el establecimiento de sistemas de control y evaluación de la calidad en los diferentes centros, servicios y establecimientos de atención sanitaria o socio-sanitaria y de salud pública. De igual forma quedan encuadrados los referentes a las personas mayores.

En resumen, tras el repaso de la ordenación desde la perspectiva autonómica, el modelo de atención a las personas mayores de la Comunitat Valenciana, se muestra como un modelo no suficientemente claro ni efectivo por la diversidad de leyes, órdenes, Consellerías que comparten algunos fines y formas de acceso a los recursos por parte de la ciudadanía. En segundo lugar, en cuanto a la ordenación de recursos, propicia el negocio para unas cuantas empresas prestadoras o gestoras de servicios para mayores; y, en tercer lugar, respecto al tipo de atención, opta por la institucionalización de las personas mayores en situación de dependencia. Por último, no apuesta realmente por la implementación del nuevo derecho subjetivo, que no es solo la atención a las personas en situación de dependencia, sino el promover su autonomía personal durante todo el ciclo vital y especialmente dentro de las situaciones de dependencia.

23. A través de la Ley 3/2003, de 6 de febrero, de la Generalitat, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad Valenciana, creó la Agencia Valenciana de Salud, (extinta tras la aprobación de la Ley 5/2013, de 23 de diciembre, de Medidas Fiscales, de Gestión Administrativa y Financiera, y de Organización de la Generalitat) mientras que las actuaciones en materia de salud pública se regularon por la Ley 4/2005, de 17 de junio, de la Generalitat, de Salud Pública de la Comunidad Valenciana.

3. Análisis de la mapificación de los recursos para mayores: Residencias, Centros de día y CEAM

Tabla 1. Recursos para personas mayores. Provincia de Valencia

Recurso	Titularidad			Tipología de la Gestión				Nº de plazas y acceso a ellas		
	Pública	Privada	Total	3 ^{er} sector	Pública	Privada	Total	Pública	Privada	Total
CEAMS	18	0	18	0	17	1	18			
Centro Día	39	72	III	15	6	90	III	1.774	1.732	3.506
Residencias	36	174	210	43	11	156	210	8.350	7.836	16.186
Total	93	246	339	58	34	247	339	10.124	9.568	19.692

Fuente: El sistema de serveis socials davant la crisi econòmica (2014)

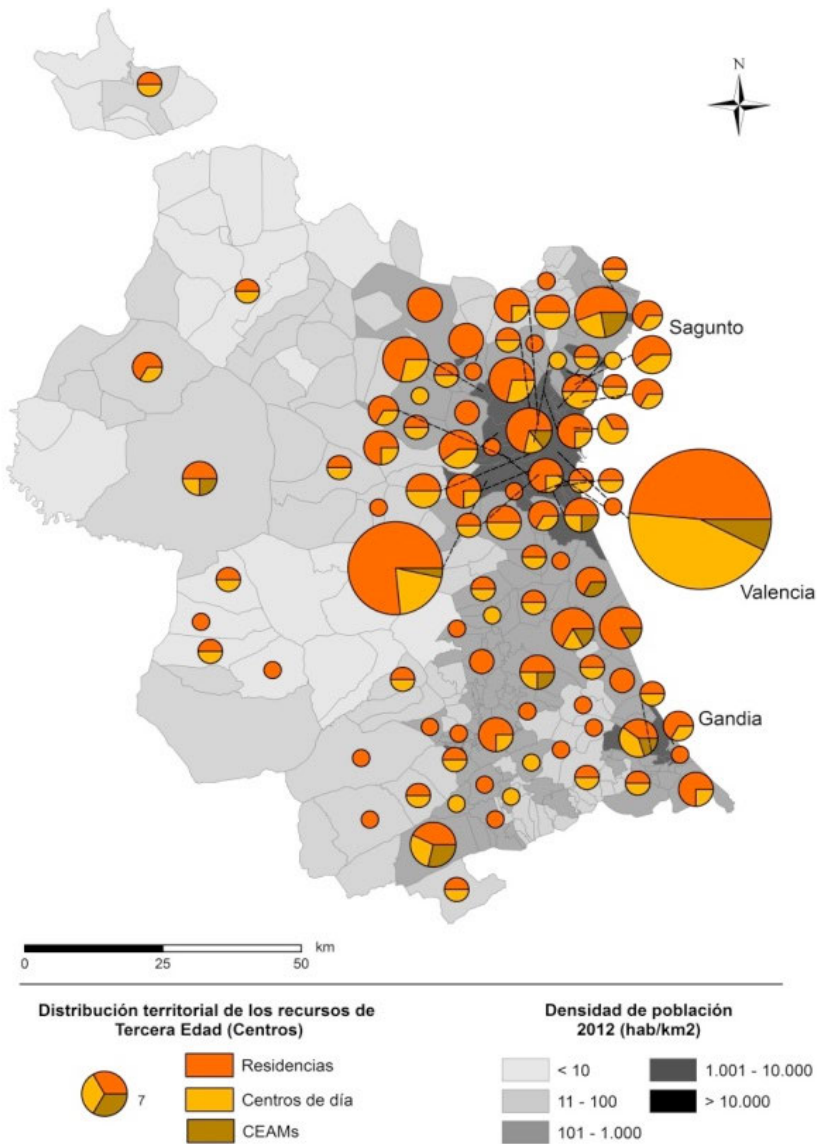
Antes de comenzar con el análisis de los datos, recordar que no se incluyen los servicios municipales que se ofrecen a los mayores, como los parques adaptados para ejercitarse al aire libre, los hogares de jubilados (que sí se tuvieron en cuenta en el informe de 1991), el SAD o los programas de salud pública derivados de la Conselleria de Sanitat, que son los que podrían ayudar a mejorar los procesos de envejecimiento. Sólo son analizados los recursos de Residencias para Mayores, Centros de día y Centros Especializados de Atención a Mayores (CEAM), ya que son utilizados únicamente los datos proporcionados por la última mapificación.

Los rasgos característicos de los servicios destinados a la población mayor de 65 años son dos: el 72.56% de ellos son de titularidad privada y el 62% de los recursos son residencias para mayores. Esto muestra que las líneas de actuación prioritarias de las políticas respecto a las personas mayores en la provincia de Valencia han sido la institucionalización de las personas mayores en situación de dependencia y la privatización de la titularidad de los servicios y no se ha priorizado el derecho a la asistencia, cómo se ha visto en el apartado de Ordenación. Ello contradice, tanto las directrices europeas como las de la OMS, que hacen hincapié en la importancia del ámbito comunitario, y en continuar la vida en el lugar –place– (Cresswell, 2004) como forma de fomentar la calidad de vida o el bienestar en las personas mayores. Queda patente, sólo con esos dos datos, la necesidad de cambio de rumbo respecto a las políticas de envejecimiento. En concreto, una mayor dotación de recursos como los CEAM (mayor importancia en número de plazas y de centros) y los centros de día, con apoyo del SAD, que no son sino recursos de proximidad.

Se debería potenciar y promover el envejecimiento activo, satisfactorio y en la propia casa, no sólo para retrasar las situaciones de dependencia, sino también como forma de atención para las personas con una situación de dependencia mayor. Añadir que, aunque en este apartado se ofrece la mapificación de los actuales recursos, el número de centros y plazas es importante pero también lo son los

modos de trabajo, o de intervención; desde los recursos ya instaurados y los nuevos recursos que deben potenciarse, hasta la puesta en marcha de nuevas políticas sociales hacia una atención comunitaria y centrada en la persona.

Mapa 1: Distribución territorial de centros de mayores. Provincia de Valencia

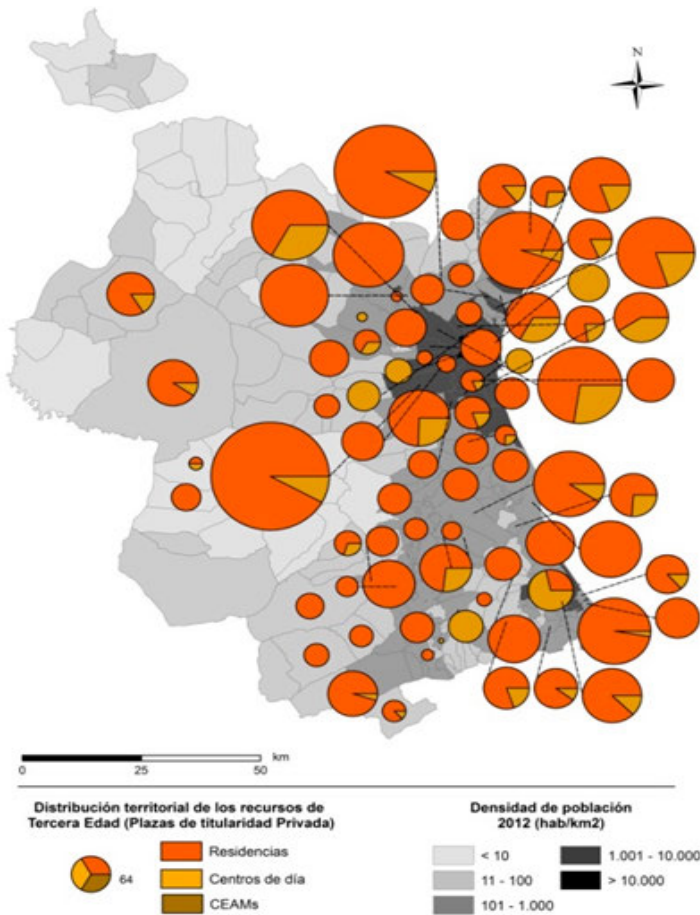


Fuente: El sistema de serveis socials davant la crisi econòmica (2014)

3.1. Recursos destinados al mantenimiento de la persona mayor en su entorno: CEAM y Centros de Día

Los CEAMs suponen un 5,4% del total de recursos para personas mayores analizados. En el anterior informe (1991) sobre los servicios no existían, pues como se ha indicado en el apartado de Ordenación, no aparecen hasta una década después. Lo que sí aparecen son los que llaman **centros de tercera edad** (por ejemplo, el de Puerto de Sagunto que tiene como plazas externas 9.000, el del propio Sagunto y el de Paterna). Estos centros, por su ubicación son los precursores del actual modelo de recurso para mayores.

Mapa 2: Distribución Territorial de los recursos para Mayores (Centros de Titularidad privada)



Fuente: El sistema de serveis socials davant la crisi econòmica (2014)

En la actualidad, los CEAMs son de titularidad pública (como puede observarse en el Mapa 2) y el acceso a ellos por parte de los usuarios también lo es aunque para algunas actividades se realiza un copago. La gestión es mixta, ya que la dirección del centro la realiza una/un funcionario/a, mientras que el equipo es contratado por una empresa privada por medio de concurso público. Es importante también destacar, que, aunque están dentro del catálogo de servicios del SAAD como servicios para la promoción de la autonomía personal, no suelen ser demandados por los usuarios por este sistema, sino como servicio de proximidad y gratuito que depende de los Servicios Sociales especializados²⁴. Respecto a su distribución territorial en la provincia de Valencia, hay una clara concentración del recurso de CEAM en los entornos urbanos y cercanos a la costa. Puede explicarse debido a la densidad poblacional –Mapa 1 Distribución territorial de los recursos para mayores–.

Por otra parte, habría que considerar la opción de la reconversión de los hogares de jubilados o de mayores a CEAMs o CIMs, sobre todo en las zonas rurales, tal y como facilita la normativa al respecto. El segundo recurso de proximidad analizado son los centros de día, se trata de un recurso que sigue el mismo patrón que los CEAMs en cuanto a distribución territorial (más en la costa, con mayor densidad poblacional, que en las zonas rurales). La presencia de esos centros es mayor ya que suponen el 32.74% de los recursos para mayores. El 64.87% de ellos son de titularidad privada. La diferencia respecto al recurso del CEAM en cuanto a implantación territorial de los centros, así como en número de plazas es importante. No obstante, si tenemos en cuenta la finalidad del recurso de centro de día –retrasar el internamiento en residencia de las personas mayores, mantenimiento de las capacidades de las personas mayores, etc. –gracias a la mapificación, se visualiza la necesidad de un mayor número de estos centros en el territorio. Hablamos de centros y no solo de plazas porque para la planificación de los mismos se debe tener en cuenta que, al igual que con los CEAM, se trata de recursos comunitarios y de proximidad. Por tanto, para su planificación se debería tener en cuenta no solo criterios de densidad poblacional, sino también, y especialmente de accesibilidad a los centros (es decir, que los usuarios no tuviesen que estar a más de 20 minutos con el transporte adaptado o con transporte público para acceder).

24. No se ofrecen los datos del número de usuarios de los centros pero sería recomendable la realización de un pequeño estudio sobre el perfil de usuarios de CEAM con la finalidad de obtener datos sobre el impacto que tienen estos servicios dentro del vecindario, cuál es el radio de incidencia de los mismos y si se combinan con otros servicios cómo pueda ser el Servicio de Ayuda a Domicilio (ya sean los municipales, privados o privados pero mediante la prestación económica vinculada al servicio) o la Teleasistencia.

3.2. Las residencias: ¿El último recurso?

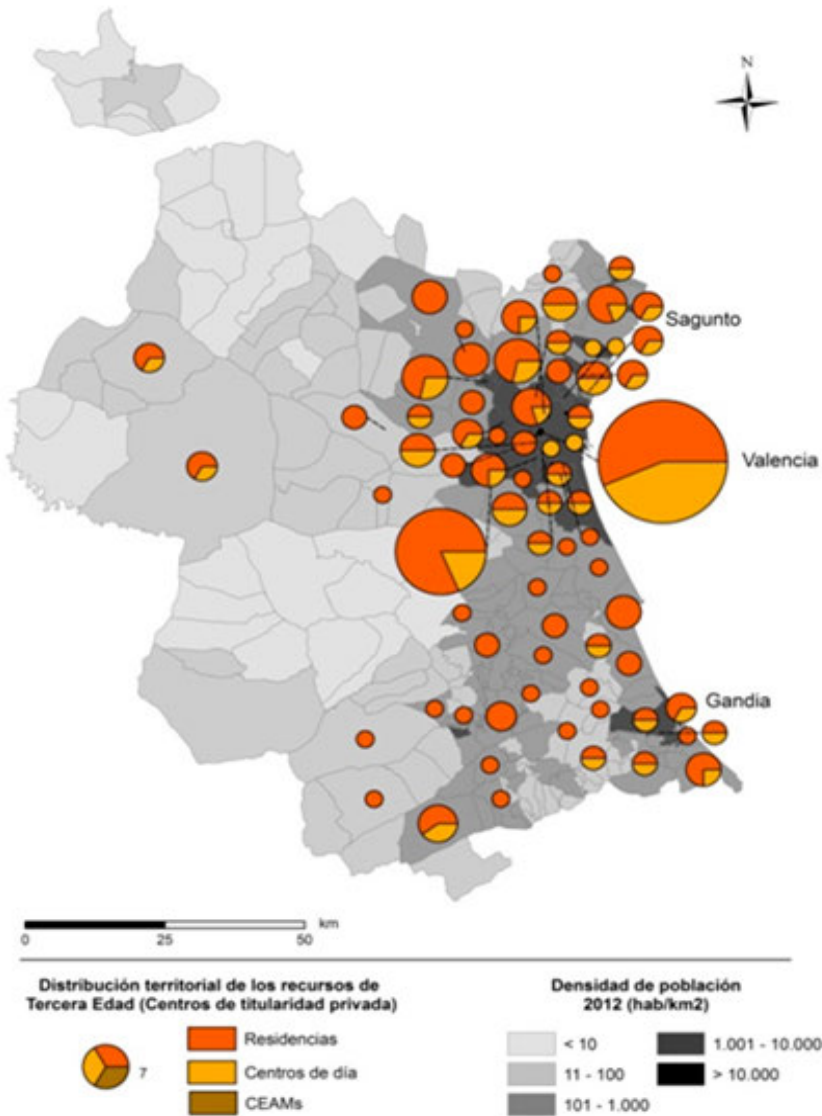
Las residencias son un recurso muy importante para el colectivo de personas mayores que se encuentran en situaciones de grave dependencia (grandes dependientes-Dependencia Grado III) o con algún tipo de emergencia social, que hace que a la persona mayor no le sea posible su mantenimiento en el lugar donde ha pasado la mayor parte de su ciclo vital. Sin duda, éstas son los recursos que han sido más demandados por parte de los municipios y por parte de la Generalitat. ¿Por qué?

Existen dos factores a tener en cuenta: el primero la carga de cuidados que implica la atención de una persona mayor en situación de dependencia (Severa o Gran Dependencia) que ha sido asumida tradicionalmente por las mujeres de la familia. Y segundo el negocio que supone la construcción, en este caso de centros residenciales para mayores. Respecto a la primera, a las ya mencionadas demandas de plazas residenciales de los municipios (sobre todo en tiempo de elecciones), se unen las demandas de las cuidadoras y las familias que desean proteger a las personas mayores en situación de dependencia y protegerse ellas mismas, cuando ya no es posible realizar las labores de cuidados. Al no existir un apoyo real a las cuidadoras²⁵ no profesionales por parte de la administración la solución que se les ocurre, cuando la situación de cuidados les es ya insostenible es la institucionalización de la persona mayor. Esto puede darse por varios motivos, entre ellos, que el sistema no les ofrece otras alternativas de servicios reales²⁶, la persona mayor se encuentra en una situación de dependencia tan importante que no es posible el mantenimiento en el domicilio, etc. En relación al segundo factor de implantación de residencias, la construcción ha sido principalmente realizada desde el sector privado con ánimo de lucro, dejando en manos de las empresas constructoras la posibilidad de gestión de las residencias (como se observa en el Mapa 3).

25. Actualmente, se contemplan periodos vacacionales, en los cuales las personas mayores en situación de dependencia pueden acudir durante un mes a una residencia, para el descanso de la cuidadora no profesional. Pero eso es solo una parte de la solución, es necesario que sea el SAD el que apoye semanal o diariamente en los cuidados cuando la carga de estos recae en una cuidadora no profesional, no solo para controlar la forma de dispensación de cuidados y prevenir los posibles casos de abusos o maltratos, sino también para apoyar a la cuidadora en los autocuidados y la prevención de riesgos asociados a la provisión de cuidados.

26. Combinación de servicios: SAD+ Cuidadora no profesional. SAD + Centro de Día...

Mapa 3: Distribución territorial de las plazas para personas mayores de titularidad privada

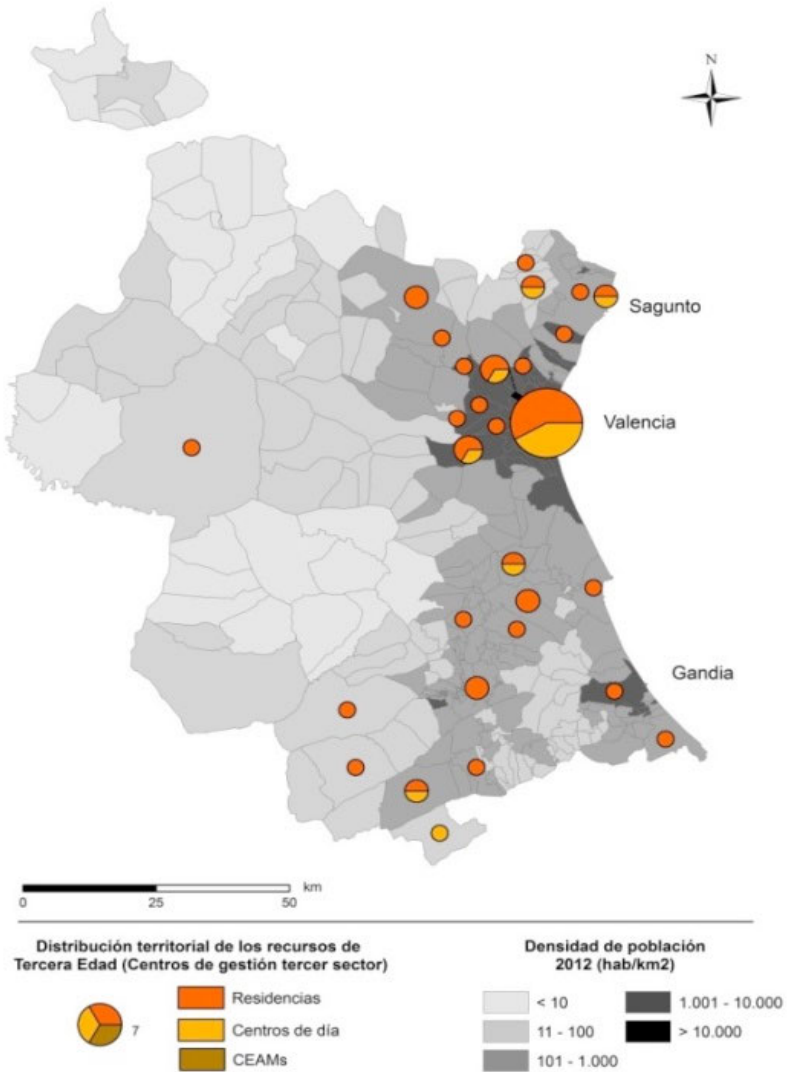


Fuente: El sistema de serveis socials davant la crisi econòmica (2014)

La mayoría de los centros son de nueva construcción y no existían en la mapificación de 1991. Estos fueron promocionados por el gobierno autonómico y conforman las llamadas 10.000 plazas de accesibilidad social. Además de este

contrato con la administración, los centros acreditados podían concursar a otros programas para la financiación de sus plazas privadas, primero mediante el programa de Bono Residencia y posteriormente con la LAPAD, a través de la prestación económica vinculada al servicio. Estos programas y prestaciones también están (o estaban disponibles para el recurso de centro de día, pero en menor número de plazas como puede observarse en los diferentes mapas y en la tabla 1).

Mapa 4: Distribución territorial de los Centros gestión 3^{er} sector

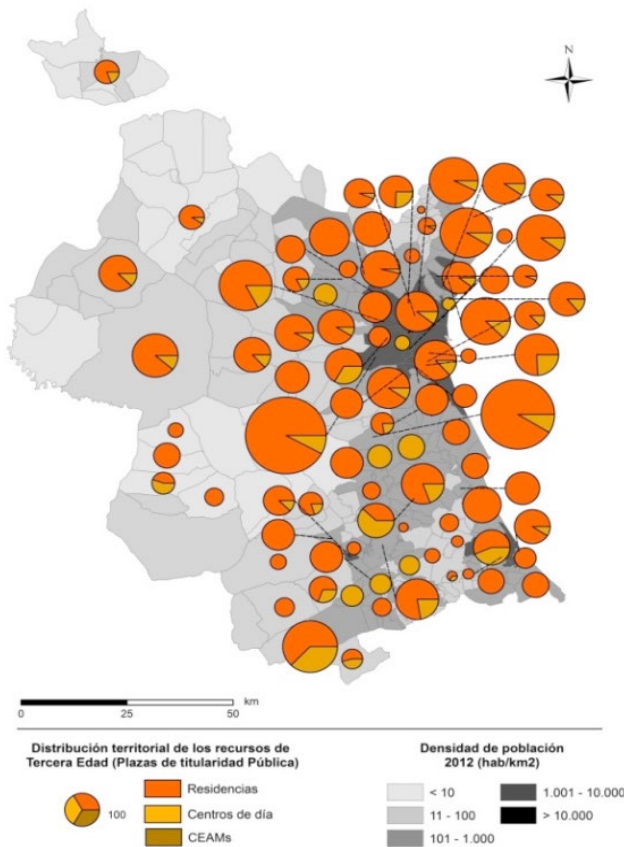


Fuente: El sistema de serveis socials davant la crisi econòmica (2014)

Las residencias para mayores de titularidad privada sin ánimo de lucro existen, pero el porcentaje en estos momentos es solo del 12,68% (para centros de día es el 4,42%), cuestión diferente cuando se compara con el estudio de 1991, cuando los centros gestionados por organizaciones afines a la Iglesia católica tenían mayor peso proporcional respecto del total de recursos. Mapa 4.

Así pues, el sector de mayores está dominado en cuanto a recursos, por las residencias de titularidad privada y por plazas gestionadas por empresas privadas con ánimo de lucro y concentradas en las comarcas con mayor densidad de población (ciudades cercanas a la costa). Por esta razón los municipios del interior de la provincia de Valencia presentan una merma de plazas y centros residenciales. Aunque en comparación con la mapificación de 1991, el Rincón de Ademuz, así como la zona noroeste de la provincia, ha sido dotado con plazas de centro de día y residenciales, al igual que el resto de la provincia, pero en menor medida, y de titularidad pública, tal como puede verse en el mapa 5.

Mapa 5: Distribución territorial de plazas de titularidad pública



Fuente: El sistema de serveis socials davant la crisi econòmica (2014)

Existen municipios y áreas que no tienen ningún tipo de plazas para mayores, ni de residencia, ni de centro de día, ni CEAM, la consecuencia de ello es que las personas mayores que necesitan acceder a los servicios no pueden hacerlo sin tener que realizar largos desplazamientos o cambiar su residencia. Desde la planificación cabe preguntarse por la movilidad de las personas mayores, sobre qué programas están realizando en sus zonas y si incluyen el mantenimiento de la autonomía personal (prevención).

Con esto no se cuestiona la necesidad de las residencias, que tienen su función dentro del sistema de protección. Pero sí se desea señalar que la forma en la que se planificaron debería haber tenido otros criterios más acordes con un modelo que primara la calidad de vida de las personas mayores y sus familiares teniendo en cuenta el proceso de envejecimiento como parte y continuación del ciclo vital. Para finalizar las observaciones sobre la planificación realizada y antes de invertir en nuevos centros residenciales, o centros de día, deberíamos hacer partícipes a los municipios y mancomunidades sobre qué líneas de actuación política desearían. Políticas orientadas hacia la calidad de vida dentro del ciclo vital, que no se centren únicamente en un estado, cuando la persona mayor ya se encuentra en una situación de dependencia severa, sino que apuesten por los servicios y recursos que puedan ayudar a promocionar las capacidades de las personas mayores manteniéndolas en su domicilio habitual. Y esto es especialmente importante, como hemos observado, en aquellos lugares con una menor densidad de población, es decir, en las zonas rurales.

Así pues, es necesario replantearse el modelo de atención a las personas mayores, o mejor el proceso de envejecimiento en nuestra Comunidad, planificando desde y con el territorio, teniendo en cuenta los criterios poblacionales, los de densidad y dispersión, accesibilidad y transporte, oportunidades de ocio, de acceso a servicios de promoción de autonomía personal y prevención en salud, entre otros.

4. Ejemplos de modelos y servicios dados en el campo del envejecimiento

En primer lugar se describe, con los datos de servicios ofrecidos por el SISAAD, y por tanto dentro del marco básico del derecho subjetivo y de la planificación anterior, las diferentes formas de la atención basadas en derechos y no solo en necesidades; que apoya los cuidados profesionales y comunitarios en el entorno de la persona mayor²⁷. En segundo lugar, se explica a nivel cualitativo, la experiencia de desarrollo del sistema de personas mayores y sus cambios en Espoo (Finlandia).

27. Para un modelo piloto desarrollado dentro de una Comunidad autónoma se recomienda visitar el Proyecto Etxeondo del País Vasco. Llevado por la Fundación Matía. <http://bit.ly/1Wexubx>

4.1. Posibilidades dadas del sistema de promoción de autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia

Gracias a los datos del SISAAD²⁸, podemos observar cuantitativamente los diferentes modelos seguidos para el desarrollo de la atención a las personas (mayores) en situación de dependencia. Aunque las prestaciones económicas vinculadas (PEV) a cuidados familiares suponen más del 35% en total del territorio español, es posible ver diferencias entre las diferentes CCAA. La CA donde más importancia tiene los servicios profesionales es la Comunidad de Madrid (79.63%²⁹), seguida de Castilla y León, Galicia, La rioja y Castila La Mancha. Los indicadores utilizados para hablar de otro modelo diferente al de la CV son, la ratio de prestaciones por persona beneficiaria, la provisión de los servicios para la prevención dependencia y promoción Personal y las cantidades de servicios de teleasistencia, SAD y Centro de día dados. En primer lugar, para que las personas con cierto nivel de dependencia puedan mantenerse en sus hogares y mantener sus capacidades ligadas a las AIVD y la ABVD, es necesaria más de una de las prestaciones³⁰ o servicios planificados. Esta cuestión se ha restringido tanto por parte de las CCAA, como posteriormente por el Estado. Así pues, teniendo esto como base, aquellas CCAA que más prestaciones por persona tienen van desde la Rioja (1.40) y Andalucía, Castilla la Mancha, Castilla León, Cataluña, Murcia, hasta Madrid (1.25). Para los siguientes indicadores, se da el peso específico del servicio respecto al total de servicios dados por la CA y sólo se dan aquellos que están por encima de la media española y por tanto son significativos. Así pues, el segundo indicador son los servicios de prevención, no desarrollados en todas las CCAA. Aquellas que sí lo han hecho y están por encima de la media estatal son Castilla y León, Ceuta y Melilla, Murcia, Castilla la Mancha, La Rioja y suponen respecto al total de prestaciones y servicios dados en esas CCAA desde el 12.25% hasta el 3.95%. Tercer servicio, la utilización de la Teleasistencia es dada por Andalucía (29.57%), Madrid (20.85%), la Rioja (15.60%), Ceuta y Melilla (13.70%). El cuarto, el SAD –no está desarrollado como servicio por la Generalitat Valenciana– es muy importante en la Comunidad autónoma de Galicia (27.31%), Andalucía (27.95%), Castilla León (19.64%), Madrid (19.24%), La Rioja (17.95%) y Castilla la Mancha (17.12%). Respecto a los Centros de día, Canarias (23.35%) es la Comunidad Autónoma que más ha dado este servicio seguido bastante por detrás de Galicia (13.33%), Comunitat Valenciana (12.76%), Asturias (11.66%), Madrid (11.66%) y País Vasco (10.60%).

28. Datos SISAAD febrero 2016. <http://bit.ly/2cpHG0I>

29. Total, prestaciones por servicio frente a PEV cuidado familiar.

30. Ratio de prestaciones por persona beneficiaria.

Tras los datos cuantitativos, atendiendo únicamente³¹ a la provisión y tipo de servicios del marco normativo actual, vemos que hay CCAA que se muestran más cercanas a un modelo basado en derechos subjetivos, que prima los servicios profesionales a los cuidados familiares, que promueve la autonomía personal, previniendo el agravante de las situaciones de dependencia y que mantiene a las personas en su entorno. Éstas son La Rioja, que tiene todos los servicios nombrados y desarrollados por encima de la media estatal. Posteriormente iría la Comunidad de Madrid, aunque apenas tiene desarrollados los servicios de prevención, Galicia a falta de incluir la teleasistencia³² y las dos Castillas apuntan a la profesionalización de los cuidados y al desarrollo de servicios de proximidad con una fórmula basada en los servicios de prevención más el SAD. Por último, Andalucía, que no ha desarrollado los servicios de prevención y donde el peso de la PEV y el cuidado familiar son mayor que en el de las otras nombradas.

Como es posible observar, llevar la atención a las personas mayores en situación de dependencia (y de prevención de esta) hacia un modelo basado en el derecho subjetivo, de mantenimiento de la persona mayor en el domicilio, donde los servicios profesionales sean los que lleven la carga de cuidado principalmente, que las personas mayores no sean institucionalizadas, etc., no está impedido principalmente por una cuestión normativa, ya que la Ley permite otros modelos que el desarrollado en la CV, si no de dirección política, es decir, de tener un modelo claro de atención y la efectividad técnica para llevarlo a cabo.

4.2. Sistema de atención a las personas mayores en Espoo (Finlandia)

En Finlandia las competencias con respecto a Servicios Sociales y sanidad están transferidas a los municipios, pero existe legislación Estatal que marca los estándares mínimos que todos los municipios deben tener. En el caso de no disponer de recursos económicos para cubrir esos mínimos, el Estado respalda a los municipios. La última legislación al respecto apuntala los recursos de proximidad para mayores y la filosofía de mantenimiento de las personas mayores en su entorno el mayor tiempo que sea posible. Otra de las novedades son los consejos de mayores en terminología similar a la de la Comunitat Valenciana. Ellos deben estar en cada municipio y tienen voz y voto en cuanto a las medidas a tomar respecto a la población mayor y las partidas presupuestarias dedicadas a ella.

Hay dos aspectos importantes a tener en cuenta en la realidad finesa, el primero es el clima. Este puede causar dificultades de movilidad a la población en general

31. No se tiene en cuenta las prestaciones dadas por comunidad absolutas. Solo trabajan los relativos dados por el SISAD en «Personas beneficiarias y prestaciones».

32. Que puede estar dada por la Xunta, pero no contemplada dentro del marco de derecho subjetivo.

y a las personas mayores en particular. Y la segunda, compartida con la Comunitat Valenciana, es que existen dos lenguas cooficiales el finés (o finlandés) y el sueco. Otro punto a tener en cuenta es la importancia del mundo asociativo y del tercer sector³³.

Respecto a Espoo, es un municipio que se encuentra al sur de Finlandia y forma parte del Área metropolitana de la capital Helsinki. Tiene una población de 269.500 (31 Dic 2015), la superficie del municipio es de 528 km², con una costa de 58 km, 165 islas, 95 Lagos. El sistema de transporte mediante autobuses es excelente, por su puntualidad y su frecuencia. La relevancia del transporte público se explica en que no cuenta con lo que en nuestras ciudades y municipios llamamos centro ciudad o centro histórico, sino que debido al tipo de urbanismo e historia del municipio existen 5 centros, repartidos por el área del municipio. Cada uno de estos centros posee los diferentes servicios sanitarios, de Servicios Sociales, escuelas infantiles, bibliotecas públicas³⁴ etc. La perspectiva de acceso universal a los recursos existentes, sea cual sea el lugar de residencia, de forma que no sea necesaria la utilización de transporte privado es una de las máximas de la descentralización de los servicios. Y esta perspectiva se liga en el momento actual con los recursos para personas mayores. Los profesionales y técnicos de Espoo hablan de tres momentos³⁵: el primero de la *institucionalización* hasta los años 80, el segundo de las *casas con servicios* desde los 80 hasta la actualidad y el tercero, los *centros para vivir y de vida*, en la actualidad, se ha puesto en marcha mediante experiencias piloto y se prevé implantarlo en el futuro a partir de dicha experiencia.

El momento de la institucionalización lo sitúan en el pasado, aunque todavía existen esos centros. La clave de estos centros era su ubicación y el modelo de atención. Se situaban fuera de los centros históricos donde el resto de la población vive. Eran centros principalmente donde las personas mayores iban para morir. La atención era altamente medicalizada y fuera de su entorno de vida normal.

El segundo momento, considerado una buena práctica respecto a recursos, es el de las viviendas con servicios. Estos centros se sitúan en cada una de los 5 centros urbanos. Tienen dos partes, una que está abierta a la población mayor en general y otra en la que se encuentran viviendas adaptadas. Respecto a la primera parte, la abierta a la comunidad, tienen comedor a precios asequibles, conexión a internet (y cursos o apoyo depende del caso), juegos de mesa (billar, cartas...),

33. Las ONG's, son financiadas mediante las «máquinas tragaperras». La asociación para la gestión de máquinas tragaperras (asociación de derecho público: poder estatal más las organizaciones no gubernamentales) utiliza las ganancias en la actividad sin fines de lucro, que promueven la salud y el bienestar en la ciudadanía (Ruhonen, 2013).

34. Ubicadas también en centros comerciales, estos sirven no solo para el consumo si no para realizar actividades cuando no es posible la utilización de los espacios al aire libre.

35. Existen otros servicios para mayores, como la Ayuda a domicilio que se puede realizar hasta 4 veces diarias/persona cuando es necesario; la tarjeta de deportes para mayores, gracias a la cual las personas mayores pueden utilizar las piscinas públicas y los gimnasios gratuitamente o pagando una mínima tasa. Pero nos hemos centrado en los recursos que son más parecidos a los que en el punto 3 han sido analizados para la Provincia de Valencia.

salón con escenario móvil, gimnasio, sala de actividades manuales, sala de actividades físicas, taquillas para que puedan dejar materiales etc., una gran terraza y por supuesto sauna. Respecto a los servicios y actividades que se realizan en el centro, se coordinan con los recursos de vecindario³⁶. La atención sanitaria³⁷ y la trabajadora social dependen de los Servicios Sociales y sanitarios ubicados también en el vecindario. Especialmente importante es la zona dedicada para el servicio de «centro de día» (donde van personas mayores mayoritariamente con demencia) consta de un salón comedor y una cocina donde se realizan actividades especialmente para este grupo por parte de las auxiliares y la enfermera.

Los usuarios de los servicios del centro son personas mayores particulares, pero principalmente miembros de asociaciones que se organizan colaborando entre ellos y la dirección del centro, para proponer y proveer las diferentes actividades de ocio y rehabilitación que ellos creen necesitar y desean en cada momento. El horario de apertura es de 8 de la mañana a 4-5 de la tarde, pudiendo utilizar las instalaciones sin personal de apoyo, aquellas asociaciones que los soliciten.

El centro está libre de barreras arquitectónicas y además de tener a 100 metros varias paradas de autobús, tienen un servicio de transporte adaptado (tipo autobús) que permite tanto a las personas de centro de día como a las personas usuarias del centro en general ir a volver al centro, pero también facilita el acceso a diferentes recursos como el centro de atención primaria, la biblioteca del vecindario, etc. La segunda parte que compone el centro son las viviendas adaptadas. El acceso a las viviendas se permite desde dentro o desde la calle. Se trata de un bloque de apartamentos de una o dos habitaciones de uso individual o en pareja, con salón dormitorio, cocina, pequeña terraza-balcón y cuarto de baño. Cada piso tiene unas 6-8 viviendas y comparten un salón-comedor, una cocina y una terraza que pueden utilizar –y utilizan normalmente– para tomar café juntas, tener plantas o pasar el rato. Las usuarias y usuarios personas mayores consideradas autónomas, ya que en el centro a partir de las 5 de la tarde no se queda ningún profesional a supervisar. Los profesionales que sí acceden al centro son los del Servicio de Ayuda a Domicilio municipal. Este servicio presta también su servicio a las personas que viven en los domicilios donde han vivido la mayoría de su ciclo vital. Las personas mayores que deciden cambiar su residencia a este tipo de centro lo hacen principalmente por dos razones: problemas de accesibilidad en su domicilio habitual y soledad.

El tercer momento es el que tienen actualmente en proceso piloto, los centros de vida y para vivir. Este modelo surge por la detección de un problema con el modelo anterior, la necesidad a la que se aboca a las personas mayores de transitar de un centro a otro, dependiendo de sus nuevas necesidades. Por eso se piensa en un

36. Por ejemplo, tienen actividades relacionadas con el mantenimiento de las capacidades físicas (gimnasia rehabilitadora o clases de baile) pero no todas las actividades las realizan en el centro, pueden acudir a la piscina-gimnasio municipal, que se encuentra en su vecindario de forma casi gratuita gracias a la tarjeta de mayores.

37. Una enfermera comunitaria todos los días y visita médica del centro de atención primaria correspondiente, una vez a la semana.

nuevo concepto en forma de centro, en el que la persona se considera como lo más importante y el recurso es el que le provee de diferentes servicios dependiendo de sus necesidades en cada momento de su ciclo vital. Estos centros están planificados para construirse en los centros urbanos, cercano a los centros comerciales (donde se ubican las librerías públicas también) y otros servicios. El proyecto piloto, ya construido y en funcionamiento tiene una estructura parecida a la de los otros centros, pero con mayor número de plazas. En la planta baja tiene un salón comedor donde se sirven también comidas a precios populares; una gran sala de estar con televisión, un gimnasio y sala para actividades físicas, sala polivalente, despachos para personal, podología, fisioterapeuta (privado) y sauna. Respecto a la coordinación con otros recursos y asociaciones del vecindario, tienen varias actividades conjuntas, como visitas y conciertos externos y cada tres meses visita de colegios para realizar diferentes actividades. También hay algunas actividades en las cuales solo pueden acceder los miembros de las asociaciones, aunque tienen lugar en el centro. La parte donde viven las personas mayores se encuentra en las plantas superiores del centro. Hay tres plantas y cada planta está sectorizada en dos sectores y señalizada por colores. Cada uno de los sectores tiene entre 6 y 8 «apartamentos-habitaciones». Estos constan de comedor-habitación-mini cocina y cuarto de baño adaptado para los cuidados y para la autonomía. Ello se conjuga con la posibilidad de que las personas mayores pueden llevarse sus pertenencias para su decoración. Las profesionales que trabajan en el centro (lo que en España llamaríamos auxiliares y enfermeras) no visten uniforme, si no su propia ropa, adecuada para la realización de los cuidados, y todas llevan su nombre para su fácil identificación. Otra de las cosas organizativas son las «historias de los usuarios» cada usuario tiene acceso a ellas y en ellas no solo se encuentra su foto (o la fotografía que la persona mayor decide que mejor la identifica) su nombre, sino también sus deseos de cuidado, testamento vital, plato de comida favorito, actividades que le gusta realizar (entre ellas a qué hora desean levantarse o acostarse o si desean realizar siestas), si pertenecen a alguna asociación o si quieren hacerlo (entonces el personal debe facilitárselo) etc.

En resumen, el modelo enfatiza tres aspectos de la atención a las personas mayores:

- Accesibilidad, centralidad y coordinación para utilizar los servicios del vecindario y que el vecindario utilice las instalaciones de los centros comunitarios de mayores.
- Las personas mayores están en el centro del cuidado y no los centros y recursos, incluidos los profesionales. Es decir, el modelo propone la centralidad de la persona como eje de la intervención social.
- La promoción de la autonomía personal para la participación social no solo dentro del centro y en los cuidados de las personas mayores, sino también en su vecindario y en la toma de decisiones políticas en lo que al colectivo se refiere.

5. Propuestas de acción para las personas mayores en la Comunidad Valenciana

Las propuestas de acción en la Comunidad Valenciana se mueven en tres ejes: el primero, mejorar la eficiencia dentro de la propia organización para resolver las necesidades de la ciudadanía; el segundo, una correcta utilización y provisión de los servicios que ya están reglamentados y el tercero, poner a la persona como centro de las acciones de una forma activa. Para ello las acciones pasan por unificar los procedimientos administrativos a todos los niveles y acabar con la duplicidad de documentación para solicitar las ayudas que van a cubrir la misma necesidad. Por ejemplo, concatenar la solicitud de la valoración de la situación de dependencia con la solicitud de una plaza graciable (por Servicios Sociales) de una residencia u otro servicio con urgencia, que en estos momentos requiere de dos trámites. En otro orden de cosas, potenciar el uso de los datos de las personas que tienen una minusvalía reconocida, con las solicitudes de dependencia (transferencia o migración de datos de un servicio a otro). De esta forma la administración dispondría de los datos necesarios para la realización de una correcta valoración de la situación de dependencia, y, por otra parte, aquellas personas que tienen reconocida la situación de dependencia, podrían solicitar la minusvalía de una forma menos complicada a nivel administrativo.

Es preciso racionalizar los programas informáticos con los que trabaja la administración y facilitar al funcionariado las labores puramente administrativas de recolección de datos y almacenamiento. Para ello se debería utilizar el mismo programa para todas aquellas demandas derivadas de las necesidades y derechos de las/los ciudadanas/os. No solo nos referimos a la eliminación del doble programa que se utiliza para procesar las solicitudes de valoración de la situación de dependencia y los casos de urgencia/Servicios Sociales, sino también abrir la posibilidad de que compartan las bases de datos las administraciones locales y la autonómica, y los programas informáticos que permitan eliminar la duplicidad de recolección de datos y facilitar el seguimiento de los expedientes. Todo ello se debe de hacer cumpliendo con la Ley de protección de datos.

Evitar la duplicidad de servicios de atención que puede repercutir en una dejadez de funciones. Por ejemplo en el caso de los centros de salud, residencias para personas mayores, centros de día, etc.... todos tienen los mismos profesionales en sus plantillas³⁸, por ello es necesaria la reorganización de los roles de cada profesional en cada recurso.

38. Existen diferencias salariales y de condiciones laborales, además de solapamientos de funciones de facto. Por ejemplo, en los CEAM los médicos realizan consultas personales, en lugar de realizar programas de prevención y promoción de la autonomía personal. Debemos clarificar que funciones asumen los médicos de las residencias de mayores y cuáles dependen del médico de atención primaria del municipio. A partir de ahí deberíamos reorganizar los accesos a la información (y a las plataformas informáticas).

La cuestión anterior, es más complicada de resolver cuando observamos la gran cantidad de recursos de titularidad privada existentes para la prestación de servicios en los programas de atención a los mayores en la Comunidad Valenciana. La necesaria coordinación público-privada nos lleva a un dilema legal sobre qué información y programas, (quién los costea en una primera fase, pero también quien los está financiando al final del proceso) y cuáles pueden ser de acceso compartido entre ambos tipos de recursos. Se debería arbitrar una fórmula legal, probablemente quizá mediante la suscripción de algún acuerdo entre los centros privados y el gobierno autonómico.

Otra propuesta de acción es la coordinación de los programas y proyectos que se realizan por parte de las *Consellerias de Sanitat i Salut Pública* y de *Igualtat i Polítiques Inclusives*, especialmente en cuanto a la Estrategia de Envejecimiento activo que depende de la Conselleria de Sanidad pero que implica a las dos. Es necesario sistematizarlas acciones a llevar a cabo, y evaluar las actividades que ya se están realizando por parte de ambas Consellerias, sobre todo una mayor coordinación entre los recursos que tienen como objetivo la promoción de la autonomía personal y el mantenimiento de la salud durante todo el ciclo vital, especialmente en los actuales mayores de 65 años. Una propuesta tangible sería la utilización de los CEAM, junto con los centros de salud de atención primaria, como punto de referencia, para las actividades de mantenimiento de salud a través del ocio, con una perspectiva comunitaria y de proximidad. Nada de esto es posible sin el aumento y el cambio en los modelos de intervención hacia la perspectiva comunitaria y de inclusión del recurso en el territorio.

Por último, es necesario facilitar el diálogo entre las/los ciudadanas/os y la administración y los mecanismos para que éste se pueda llevar a cabo de forma continua independientemente de los cambios políticos. Para ello existe la figura de la trabajadora social «Gestora de Casos»: un/a trabajador/a social que es su referente durante todos los trámites. Esta figura, que podría ser la trabajadora social de Servicios Sociales de base³⁹, acompañaría a la ciudadana/o en todos los procesos referentes a la administración en el ámbito de los Servicios Sociales y adyacentes. Esto es especialmente importante para la población mayor, pues el profesional coordina los diferentes profesionales que participan de los procedimientos administrativos, los que trabajan en el ámbito comunitario, con los recursos sociales que la persona mayor necesita y en la comunidad/municipio en el que está inserta.

Por último, conceder prioridad máxima a los Servicios Sociales personales de proximidad, con la puesta en marcha del Servicio de Ayuda a Domicilio público, los servicios de prevención, etc., derivados de la LAPAD, y dar la posibilidad dentro de esta, de la combinación de los recursos, lo que permitirá que las personas permanezcan más tiempo en sus hogares. El SAD, combinado con los servicios

39. Tal como en el ámbito sanitario está el médico de atención primaria.

de los CEAM o el Centro de día –dependiendo del grado de dependencia– y la teleasistencia permitirían retrasar los ingresos en residencias⁴⁰.

6. Conclusiones

El mayor logro de las políticas sociales en torno a los servicios de atención a las personas mayores es la universalización de acceso a los recursos socio-sanitarios y los demás derechos sociales de ciudadanía. Éxitos logrados en el siglo XX, cuyo mantenimiento y mejora suponen un reto para el siglo XXI

En el plano del ordenamiento normativo, los recursos sociales de atención a las personas mayores deben mejorar mediante cambios jurídicos de primer nivel como la modificación de la Constitución Española del 1978 y la creación de una ley estatal de Servicios Sociales. Estas medidas permitirían garantizar la igualdad entre territorios y posibilitar el acceso universal de la ciudadanía a los derechos sociales, sin diferencias ni obstáculos burocráticos que impidan el acceso en condiciones de igualdad. Es preciso desarrollar un Plan Estratégico que integre la Ordenación autonómica de servicios y los programas de Servicios Sociales, incluyendo una memoria económica, la coordinación efectiva entre diferentes administraciones y recursos y cuantas medidas coadyuven a la efectiva puesta en funcionamiento del Plan. y que marque los valores y la dirección en la que las Administraciones, centros y recursos deben trabajar. Este Plan debe tener como base para las cuestiones relacionadas con el envejecimiento: los principios del envejecimiento activo; el modelo de Trabajo Social comunitario; la promoción del mantenimiento en casa; la centralidad de la persona como sujeto activo, donde prime la autonomía personal y la capacidad de decisión de la misma.

En este sentido, a nivel autonómico, está pendiente y es urgente trabajar en la coordinación interinstitucional en dos niveles inter-Consellerias y entre Administraciones (Generalitat y Local). Por inter-Consellerias nos referimos a la coordinación de los recursos socio-sanitarios de las Consellerias implicadas en las políticas para personas mayores, con la finalidad de conseguir optimizar sus recursos humanos y técnicos. Para ello, se hace necesaria la elaboración de un Plan Integral de Coordinación Socio-sanitaria que fuese en la línea o se integrase dentro del Plan Estratégico (PE). En el PE deben estar representados todos los actores intervinientes en las políticas y recursos para mayores: desde los equipos técnicos de los distintos niveles administrativos y de las distintas Consellerias, hasta las personas mayores, pasando por los distintos estamentos universitarios y de formación profesional, las empresas prestatarias de servicios, las asociaciones profesionales, etc.

40. Debemos ser conscientes del incremento de necesidades de atención de las personas mayores (Dependencia Grado III) en los centros de residenciales y como consecuencia revisar los criterios de ratios de personal de atención directa en las mismas.

Asimismo, se requerirá un nuevo Plan Integral de Calidad de Servicios Gerontológicos (PICSG) para la evaluación (en sus distintas fases, implantación, ejecución, etc.) y mejora continua de los procedimientos de trabajo. Ello serviría de punto de referencia para crear unidades de investigación que vayan por delante de los cambios estructurales que tiene la Comunidad Valenciana en el área de Personas Mayores y Envejecimiento.

Respecto a los centros de atención a mayores analizados. Es patente la necesidad de transformación de los centros residenciales para personas mayores, de simples residencias con un fuerte componente de hostelería geriátrica –heredados del Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO)– a Centros Residenciales de Atención a Personas en situación de Dependencia –detectado ya por los equipos técnicos desde los años 90–. En la actualidad los procesos de organización del trabajo junto a otras cuestiones, se anteponen a la promoción de la autonomía, en particular, y a la calidad de vida de las personas mayores en general. Del mismo modo, los Centros de Día y los CEAMs son un recurso poco desarrollado por parte de la administración valenciana –escasa implantación, no trabajar suficientemente desde un modelo comunitario...–. Especialmente estos últimos han tardado demasiados años en adecuarse a las necesidades reales de nuestros mayores. Hoy en día se requieren inversiones para ampliar la red de los mismos, mejorar sus prestaciones y los sistemas de calidad que se manejan. Con todo, estos centros son pioneros en el Estado Español en sistemas de atención especializada para mayores y deberían reforzarse y considerarse a efectos de implantación y con criterio económico, como el recurso idóneo para desarrollar los principios del envejecimiento activo. Los CEAM en combinación con otros recursos y aplicando la perspectiva de Trabajo Social comunitario, son muestra de la capacidad de retrasar los internamientos residenciales, permitir a sus usuarios permanecer en su entorno de vida cotidiana y facilitar la participación social y promoción de la autonomía personal.

En la Europa del siglo XXI, donde la tecnología aplicada a los cuidados comienza a abrirse paso, las políticas sociales deben avanzar en la promoción de los recursos comunitarios y de proximidad, ya que las innovaciones tecnológicas son medios que ayudarán a unos u otros fines. Es hora de poner acento en el proceso de envejecimiento de las personas y su calidad de vida desde un marco de derechos sociales. Tal cambio conlleva una mayor participación social, política e individual respecto a cómo queremos envejecer y ser cuidados. Por último, esta perspectiva tiene una dimensión territorial y debería tener el municipio como vector principal de la nueva política de envejecimiento activo.

7. Referencias bibliográficas

ABELLÁN GARCÍA, A., y PUJOL RODRÍGUEZ, R. (22 de enero de 2016): *Un perfil de las personas mayores en España, 2016*. Recuperado el 30 de enero de 2016, de Informes de envejecimiento en red: <http://bit.ly/2dupVMe>

- ATKINSON, S., FULLER, S., & PAINTER, J. (2012): *Wellbeing and Place*. Surrey: Ashgate publishing.
- BAZO, M. T. (2012): *Envejecimiento poblacional y el reto de la dependencia el desafío del envejecimiento en los sistemas sanitarios y sociales de España y Europa*. Valencia: Nau llibres-Edicions Culturals Valencianes, S.A.
- BECK, U. (2007): *Un nuevo mundo feliz*. Barcelona: Paidós.
- BERJANO, E. (2005): «Dependencia y calidad de vida en las personas mayores». *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 144-154.
- CONSELLERIA DE TREBALL SEGURETAT SOCIAL (1991): *Mapificación de los Servicios Sociales en la Comunitat Valenciana*. València: Area de Planificació Direcció General de Serveis Socials.
- COUNCIL OF EUROPE (2008): *Well-being for all Concepts and tools for social cohesion*. Strasbourg: Council of Europe Publishing.
- DEL PINO, E., Y RUBIO LARA, M. (2013): *Los Estados de Bienestar en la Encrucijada*. Madrid: Tecnos.
- GLOBAL INSTITUT MCGRAW HILL (2016): <http://bit.ly/2dCG3ff>. Recuperado el enero de 2016, de <http://bit.ly/2dCG3ff>
- INE (29 de diciembre de 2015): *Instituto Nacional de Estadística*. Recuperado el 29 de Diciembre de 2015, de <http://bit.ly/1DkwR4A>
- MACKIAN, S. (2000): «Contours of coping: Mapping the subject world of long-term illness». En *Health and place*, 6, pp. 95-104.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL. (2010): *Conclusiones de la conferencia envejecimiento activo y saludable*. Logroño: IMSERSO.
- PÉREZ COSÍN, J. V. (2011): «Instrumentos para gestionar la dependencia: El enfoque comunitario de autonomía personal y de atención a la dependencia», en PINAZO HERNANDIS, S. *Autonomía personal y dependencia*. Valencia: Universitat de València.
- PÉREZ COSIN, J. V., NAVARRO PERALTA, M. Á., Y BARRACHINA HUESO, M. A. (2011): «Los recursos sociales del Sistema de promoción de la autonomía personal y de atención a la dependencia (SAAD)», en PINAZO HERNANDIS, S. *Autonomía Personal y Dependencia*, pp. 173-196. Valencia: Universitat de València.
- PINAZO HERNANDIS, S. (2011): *Autonomía personal y dependencia. Bases teóricas y Prácticas*. Valencia: Universitat de València.
- RODRÍGUEZ, P. (2015): *Innovaciones para vivir bien en casa*. Madrid: Fundación Pilares para la autonomía personal.
- SUBIRATS HUMET, J. (2011): «El reto de la nueva ciudadanía. Nuevos relatos y nuevas políticas para distintas personas mayores», en P. CAUSAPIÉ LOPESINO, B. LÓPEZ-CERÓN, M. PORRAS MUÑOZ, & A. MATEO ECHANAGORRÍA, *Envejecimiento Activo. Libro blanco. Noviembre 2011*, pp. 83-100. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (IMSERSO).
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2007): *Global age-friendly cities: a guide*. France: World Health Organization.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2014): *World Health Statistics 2014. A Wealth of information on global public health*. Geneva: World Health Organization.

Referencias normativas

- Ley General de Beneficencia Pública y Privada de 20 de junio de 1849.
- Ley 45/1960 del Fondo Nacional de Asistencia Social de 21 de julio.
- Ley 194/1963, de 28 de diciembre, por la que se aprueba el Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social.
- Ley 24/1972 de 21 de junio, de Financiación y Perfeccionamiento de la Acción Protectora de la Seguridad Social.
- Ley 7/1985, de 2 de abril, reguladora de las Bases de Régimen Local.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- Ley de la Generalitat Valenciana 5/1989 de 6 de julio, de Servicios Sociales de la Comunidad Valenciana
- Ley 5/1997, de 25 de junio, por la que se regula el Sistema de Servicios Sociales en el Ámbito de la Comunidad Valenciana.
- Ley 3/2003, de 6 de febrero, de la Generalitat, de Ordenación Sanitaria de la Comunitat Valenciana.
- Ley 9/2004, de 7 de diciembre, del Consejo Valenciano de Personas Mayores.
- Ley 4/2005, de 17 de junio, de la Generalitat, de Salud Pública de la Comunitat Valenciana.
- Ley Orgánica 1/2006, de 10 de abril, de reforma del Estatuto de Autonomía de la Comunidad Valenciana.
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía y Atención a las personas en situación de Dependencia.
- Ley 4/2012 de 15 de octubre de la Generalitat, por la que se aprueba la Carta de Derechos Sociales de la Comunitat Valenciana.
- Ley 5/2013, de 23 de diciembre, de Medidas Fiscales, de Gestión Administrativa y Financiera, y de Organización de la Generalitat.
- Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de la Generalitat, de Salud de la Comunitat Valenciana
- Decreto 38/2010, de 19 de febrero, del Consell, por el que se crea el Comité Consultivo Autonómico del Sistema Valenciano para la Autonomía y Atención a la Dependencia.
- Decreto 18/2011, de 25 de febrero, del Consell, por el que se establece el procedimiento para reconocer el derecho a las prestaciones del sistema valenciano para las personas en situación de dependencia.
- Decreto 35/2007, de 30 de marzo, del Consell, sobre creación, composición y régimen de funcionamiento del Consejo Interterritorial de Servicios Sociales, Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia de la Comunitat Valenciana.
- Decreto 113/2009, de 31 de Julio, del Consell, por el que se modifica el Decreto 35/2007, de 30 de marzo, del Consell, sobre creación, composición y régimen de funcionamiento del Consejo Interterritorial de Servicios Sociales, Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia de la Comunitat Valenciana

Decreto 171/2007, de 28 de septiembre, del Consell, por el que establece el procedimiento para reconocer el derecho a las prestaciones del sistema valenciano para las personas dependientes.

Decreto 90/2002, de 30 de mayo, sobre control de la calidad de los centros y servicios de acción social y entidades evaluadoras de la misma, en la Comunidad Valenciana.

Decreto 91/2002, de 30 de mayo, sobre Registro de los Titulares de Actividades de Acción Social, y de Registro y Autorización de Funcionamiento de los Servicios y Centros de Acción Social, en la Comunidad Valenciana.

Decreto 40/1990, de 26 de febrero, del Consell de la Generalitat Valenciana, sobre registro, autorización y acreditación de los Servicios Sociales de la Comunitat Valenciana.

Orden de 4 de febrero de 2005, de la Conselleria de Bienestar Social, por la que se regula el régimen de autorización y funcionamiento de los centros de Servicios Sociales especializados para la atención de personas mayores.

Orden de 20 de diciembre de 2005 por la que se regula el Estatuto de los Usuarios de centros de Servicios Sociales especializados para la atención de personas mayores.

Orden de 9 de abril de 1990, de la Conselleria de Trabajo y Seguridad Social, por la que se desarrolla el Decreto 40/1990, de 26 de febrero, del Consell de la Generalitat Valenciana, sobre Registro, Autorización y Acreditación de los Servicios Sociales de la Comunidad Valenciana.

Orden de la Conselleria de Trabajo y Asuntos Sociales de 22 de octubre de 1996 por la que se regulan los Centros Especializados de Atención a los Mayores.

Orden ESD/1984/2008, de 4 de julio, por la que se crea la Comisión Especial para la mejora de la calidad del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

Orden de 5 de diciembre de 2007, de la Conselleria de Bienestar Social, que regula el procedimiento de Aprobación del Programa Individual de Atención.

Orden 1/2010, de 18 de febrero, de la Conselleria de Bienestar Social, de modificación de la Orden de 9 de abril de 1990, de la Conselleria de Trabajo y Seguridad Social, por la que se desarrolla el Decreto 40/1990, de 26 de febrero, del Consell de la Generalitat Valenciana, sobre registro, autorización y acreditación de los Servicios Sociales de la Comunitat Valenciana.

Orden 8/2012, de 20 de febrero, de la Conselleria de Justicia y Bienestar Social, por la que se modifica la Orden de 4 de febrero de 2005, de la Conselleria de Bienestar Social, por la que se regula el régimen de autorización y funcionamiento de centros de Servicios Sociales especializados para la atención de personas mayores.

Orden 8/2015, de 29 de diciembre, de la Vicepresidencia y Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas, por la que se establecen las bases reguladoras de la concesión de subvenciones en materia de Servicios Sociales especializados de personas mayores.

Directiva 2006/123/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 12 de diciembre de 2006 relativa a los servicios en el mercado interior.

Resolución de 10 de febrero de 2011, de la Secretaría General de Política Social y Consumo, por la que se publica el Convenio de colaboración con la Comunitat Valenciana, para el desarrollo del marco de cooperación interadministrativa previsto en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía personal y Atención a las personas en situación de dependencia y para el establecimiento y financiación del nivel de protección acordado para el ejercicio 2010.

4 Los Servicios Sociales para la diversidad funcional

M^a Jesús Soriano Mira
Ana Vicente Rodrigo

1. Introducción

Este capítulo está dedicado al análisis de las políticas sociales dirigidas al colectivo de las Personas con Discapacidad (en adelante PcDD) desde sus inicios con la democracia hasta el momento actual, concretamente en lo que corresponde a los Servicios Sociales, a su planificación y ordenación, y a un breve análisis de lo que hemos considerado interesante desde otras Comunidades Autónomas en su estructura y funcionamiento. Designaremos al colectivo a que se refiere este capítulo de forma indistinta como PcDD o PcDF (Personas con Diversidad Funcional)¹.

El enfoque sobre la prestación pública de los Servicios Sociales lo entendemos como el cuarto pilar de Bienestar Social. En este texto no vamos a tener en cuenta la implementación de las políticas, desarrollo legislativo y actuaciones del resto de sistemas como el sanitario, el educativo, de pensiones y el laboral, regulado en el amplio marco normativo de la inclusión social del colectivo internacional, estatal y autonómico sin por ello dejar de considerar los principios que guían las actuaciones de las políticas sociales han de ser transversales y de coordinación con todos los sistemas de protección social en un Estado de Bienestar Social. Más aún cuando partimos de la premisa de que estamos ante una gran complejidad, diversidad y casuística, puesto que en el colectivo de las PcDD, o en situación de ser reconocida, están incluidas todas las edades de la población, desde el nacimiento de la persona hasta su fallecimiento.

La discapacidad puede ser según su origen: congénita, sobrevenida, adquirida por enfermedades crónicas, accidentes o por el deterioro causado por el ciclo vital, variando todos estos aspectos entre ellas. Según la tipología puede ser: física; psíquica; mental o sensorial. Hemos de añadir que la discapacidad aumenta su intensidad y diversidad dependiendo de la prevención, detección, tratamiento o

1. En este capítulo excluimos las personas con enfermedad mental puesto que se ha redactado en esta misma publicación un capítulo dedicado a ellas.

rehabilitación, así como los apoyos o entornos sociales donde se desenvuelvan las personas.

Desde la publicación y desarrollo de la LISMI² en 1982 así como la Ley 26/1990 de Prestaciones no contributivas de la Seguridad Social se establecen los derechos a servicios y prestaciones económicas universales y garantizadas las personas que tienen un grado de discapacidad superior al 33% reconocido por los Centros de Valoración y Orientación (el 65% para las PNC, PF³ y otras ayudas). Recordemos también que a través de la Carta Social Europea, ya en 1998, se reconocía los derechos garantizados a toda persona minusválida a: la autonomía; la integración social y a la participación en la vida de la comunidad, así como a la asistencia social y médica y a servicios de bienestar social.

Por otra parte, a través del Sistema de Servicios Sociales en la Comunidad Valenciana (SS.SS y CV en adelante) se ha consolidado un amplio abanico de derechos sociales, muchos de ellos como derechos subjetivos de los ciudadanos (Sindic de Greuges, 2013). Así tanto en el preámbulo de la Ley 11/2003 del Estatuto Valenciano de las PcDD⁴ como en la Ley valenciana 4/2012 de la Carta de los Derechos Sociales (se dedica un capítulo a las prestaciones a PcDD) podemos considerar que los principios de actuación de la administración pública son concedidos como derechos subjetivos de la normativa que regulan.

Actualmente en España con la Ley General de los Derechos de las personas con discapacidad y su inclusión social (2011 refundida en 2013) se ha adaptado la legislación a la Convención Internacional, por lo que a partir de ella se considera a las PcDD como sujetos titulares de derechos y los poderes públicos están obligados a garantizar que el ejercicio de esos derechos sea pleno y efectivo. Se integra el nuevo paradigma impulsado por la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad⁵ de la ONU (a partir de ahora la Convención) bajo los principios generales del respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, el respeto por la diferencia y la aceptación de las PcDD como parte de la diversidad y la condición humana, y considerando las PcDD como sujetos de derechos (art. 3).

2. LISMI; ley 13/1982 de integración social de los minusválidos

3. PNC; pensiones no contributivas y PF; Prestaciones familiares

4. La ley 11/2003 Estatuto PcDD sustituye y amplía el art. 21 de ley 5/1997 de Servicios Sociales.

5. Ratificación de la **Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad**, Nueva York el 13 de diciembre de 2006, ratificado por el Rey de España el 23 de noviembre de 2007. Entra en vigor para España el 3 de mayo de 2008.

2. Aproximación histórica al sector: conceptual, legislativa y organizativa

2.1. Evolución de concepción de las personas con diversidad funcional

Antes de la promulgación de la Constitución Española la personas con discapacidades –enfermas, mutiladas, desamparados, subnormales, anormales, inválidas, desvalidas, disminuidas, ciegos, sordos..., como se designaban de forma un tanto despectiva en aquellos momentos –que no estaban protegidos por el régimen de la seguridad social– y presentaban una enfermedad o discapacidad, eran atendidas, independientemente de su edad, por la acción benéfica y asistencial a través de hospitales y centros de la beneficencia pública y privada: instituciones religiosas, Juntas Provinciales de la Beneficencia de las Diputaciones Provinciales⁶ o por los protectorados del Estado como la Asociación Nacional de Ciegos (ONCE), la Asociación Protectora de Niños Anormales de Valencia (ASPRONA) o la Asociación Nacional de Inválidos Civiles. Estos conceptos todavía podemos encontrarlos en los textos fechados en la etapa preautonómica.

La concepción de las PcDF ha ido evolucionando a través del tiempo pasando del modelo médico-rehabilitador al biopsicosocial. Es a partir de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías⁷ (CIDDDM) de la OMS cuando impera el modelo participativo de salud y enfermedad que considera al individuo un ser que participa de las esferas biológicas, psicológicas y sociales, asumiendo los términos en función de la adopción de las Declaraciones y Convenciones internacionales que han ido sucediendo en el tiempo.

En 1991 el INSERSO elabora los Códigos de Deficiencia, Diagnóstico y Etiología, con los que ordenar las condiciones de salud que pueden derivar en reconocimiento de grado de discapacidad y más tarde se toma la decisión de reemplazar los conceptos «deficiencia, discapacidad y minusvalía» optando por utilizar el término *discapacidad*, como un término genérico que incluye déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación, para referirse a la valoración del grado de discapacidad en el Estado Español. De acuerdo al Estatuto Valenciano de PcDD se establece la tipología de discapacidades: Persona con discapacidad, Persona con discapacidad con movilidad reducida y Persona con discapacidad con necesidad de apoyo generalizado (actualmente vinculado a si la situación de dependencia está valorada con un grado II o III).

6. En las leyes de bases de régimen local de 1955 otorgaba a las entidades locales, incluidas las diputaciones, competencias en materia de «asistencia social y la protección y tutela de subnormales»

7. Publicada inicialmente por la OMS con carácter experimental en 1980 y definitiva en 2001.

La antigua concepción de que las personas conseguían la dignidad a través de la obtención de un puesto de trabajo y en el caso de tener las capacidades limitadas se debía prestar los servicios necesarios para la rehabilitación de la persona y su adaptación a un puesto de trabajo, ha sido modificada por la Convención en los enfoques de la discapacidad. Ello ha supuesto un cambio al pasar de modelos médicos, caritativos y asistencialistas, a un *modelo social* en el que las PcDD son reconocidas como titulares de derechos humanos, a vivir con dignidad sin discriminación a través de la promoción de la autonomía personal y la vida independiente, afirmando su plena capacidad jurídica para disfrutar de todos los derechos en pie de igualdad con las demás personas. Pero todavía «la realidad nos demuestra cada día que las personas con discapacidad siguen siendo sujetos envueltos en un contexto social que les sigue discriminando y excluyendo» (De Lorenzo, 2015, 53)⁸.

2.2. Evolución histórica de la creación de la red de Servicios Sociales para Personas con Discapacidad

La actuación de los SS.SS para las PcDD en sus inicios, era conceptualizada como prestación de los servicios complementarios de la Seguridad Social a trabajadores minusválidos a través del SEREM⁹ (1970) e INSERSO¹⁰ (1978), y a partir de 1985 empieza a ser regulado básicamente como un servicio especializado por los sistemas públicos de Servicios Sociales autonómicos que empiezan a constituirse, guiados: a) por la LISMI, que amparaba los derechos y las prestaciones sociales, b) por la valoración y calificación del grado de discapacidad con normativa básica estatal y desarrollada por normativa autonómica, c) por el reconocimiento de las prestaciones no contributivas por el sistema de la Seguridad Social (PNCs y PF), y d) por los principios propios de los Servicios Sociales (igualdad, integración social, solidaridad, participación, autonomía personal, proximidad...). Así, se crea el sistema de SS.SS en la CV a partir de la promulgación de la Constitución Española, el Estatuto de Autonomía donde se designan y asumen como competencia de la administración autonómica, la Ley 7/1985 de bases de régimen local¹¹, y las leyes de Servicios Sociales que lo regularán.

La Constitución Española configura el Estado social y democrático y recoge en su art. 49 los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento,

8. Rafael De Lorenzo García es Secretario General del Consejo General de ONCE, Profesor Asociado de la UNED y Secretario de la Fundación Derecho y Discapacidad.

9. SEREM: Servicio de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos, de la Dirección General de la Seguridad Social del Ministerio de Trabajo, traspasándose las competencias y facultades en orden al reconocimiento, declaración y calificación de la condición de minusválido. al INSERSO tras su creación como entidad Gestora de la Seguridad Social, a través del Real Decreto-Ley 36/1978.

10. INSERSO: Instituto Nacional de Servicios Sociales

11. A partir de ahora LBRL

rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos fundamentales, extendiendo de este modo los derechos a la protección social a todos los tipos de discapacidades. Y el Estatuto de Autonomía de la CV reconoce las competencias exclusivas de la Generalitat en Servicios Sociales, Instituciones públicas de protección y ayuda de personas con discapacidad, incluida la creación de centros de protección, reinserción y rehabilitación, y las de Fundaciones y asociaciones de carácter benéfico asistencial, de voluntariado social, y semejantes.

En la CV previo a la publicación en 1989 de la primera ley de Servicios Sociales, y tras las transferencias de competencias estatales de asistencia social en 1985, los poderes públicos valencianos empezaron a intervenir en el sector de las PcDD a través de la creación del CONVASER¹² (convertido posteriormente en el IVADIS)¹³, empezándose a construirse la red propia de servicios y centros de la administración autonómica para PcDF. La Diputación y otras entidades locales que asumen también las competencias en Servicios Sociales especializados atribuidas por la LBRL y la Ley 5/1989 de Servicios Sociales, donde se regula que pueden ser prestados tanto por la administración autonómica, como por las entidades locales, y las entidades sin ánimo de lucro (sistema de acción y gestión mixto)¹⁴.

Las transferencias de las materias de asistencia social del Estado a las CC.AA entre 1984 y 1985 incluyeron las ayudas mensuales a ancianos y enfermos (FAS)¹⁵, las becas a «minusválidos internados en centros» y las direcciones provinciales y las funciones correspondientes a los centros y establecimientos del INSERSO – entre ellos el Centro de Orientación, Diagnóstico y Tratamiento de Minusválidos (Centro Base). Así, ante la inexistencia en la provincia de Valencia de centros o servicios de atención a PcDD, el CONVASER asume como propios dos centros educativos de internado de ASPRONA para convertirlos en centros residenciales de adultos (Cheste y Rocafort). En 1995 había creado tres residencias más (Alzira, Burjassot y Manises), un centro de día, dos talleres ocupacionales, un centro especial de empleo y un piso tutelado. El CONVASER fue una «entidad con personalidad jurídica propia adscrita a la Conselleria y de carácter asociativo y voluntario» considerándose el instrumento gestor de ciertos recursos destinados

12. Consorcio Valenciano de Servicios Sociales. Consorcio entre Diputación y Generalitat creado mediante Acuerdo del 5 de mayo de 1986 entre el Consell y la Diputación Provincial de Valencia (Publicado en el DOGV nº 406 de 18 de julio de 1986).

13. IVADIS; Instituto Valenciano de la Discapacidad

14. El término de mixto aquí lo empleamos para referirnos a que aun siendo pública la responsabilidad de los SS.SS, la titularidad y gestión de ellos es, en muchos casos, privada (en los de PcDD mayoritariamente entidades sociales sin lucro).

15. FAS; Fondo de Asistencia Social que constituía un sistema de pensiones benéfico creado durante la dictadura para ancianos y PcDD que no tuvieran derecho a una pensión de la seguridad social o familia que tuviera medios para mantenerlos.

a las PcDD con la finalidad de realizar la prestación conjunta de Servicios Sociales y asistenciales y, en especial, la protección y tutela de los discapacitados psíquicos. Este Consorcio se disolvió en 2001 y se constituyó el IVADIS¹⁶, dejando sin competencias a la Diputación de Valencia y, por ende, sin participación de las entidades locales.

Durante el periodo preautonómico hasta la implantación y desarrollo de la ley de Servicios Sociales la administración autonómica elabora dos Planes Económicos Cuatrienales (PEV I-1984/87 y PEV-II¹⁷ 1988/91) que incluían a los Servicios Sociales. Estas actuaciones culminan en la elaboración del Decreto 72/1987¹⁸ del Plan de Ordenación de los Servicios Sociales en la CV, la Ley 5/1989 de Servicios Sociales, y la Mapificación de los mismos publicada en 1991¹⁹. Se realizan estudios desde la Dirección General de Servicios Sociales como el *Estudio de la Depresión Social en la C.V.* de necesidades sociales con datos cuantitativos y descriptivos poblacionales y territoriales, y se reconoce que existe un fuerte desequilibrio en la dotación territorial de los servicios pretendiéndose establecer las líneas de actuación para la creación y dotación de recursos del sector de «minusválidos» a todo el territorio de la CV. Fue el período de creación, desarrollo e implantación del sistema público de los Ss. Ss. amparado por los principios de descentralización y de máxima proximidad a los ciudadanos sobre la unidad territorial municipal, con la coordinación y participación de las entidades locales y la colaboración de entidades sociales también en el ámbito de las PcDD.

La Ley 5/89 de Servicios Sociales, primera ley de SS.SS de la C.V, establece los Servicios Sociales comunitarios, sus competencias y la dependencia de la administración local; y los especializados, que son aquellos que se dirigen a sectores de la población, como las PcDD, que requieren un tipo de atención más específica en el plano técnico y profesional que la prestada por los SS.SS Generales. Los SS.SS especializados pueden ser gestionados por la Administración de la Generalitat, por las Entidades Locales en su ámbito territorial, y por instituciones o asociaciones promovidas por la iniciativa privada o por los propios afectados por

16. El decreto se publica siendo presidente de la GV. E. Zaplana y el Conseller de B.S. Rafael Blasco. El IVADIS será una como entidad de Derecho público con la misma finalidad que el CONVASER que cede en propiedad todo el patrimonio. Añaden la función de la prestación de los SS.SS especializados abriendo la puerta a la encomienda de gestiones públicas.

17. Plan Económico Valenciano II. Programa de Servicios Sociales. Documento aprobado por el Consell el 21/9/1987 siendo Conseller de Treball i Seguretat Social Miguel Domenech

18. El decreto se regula pretendiendo una planificación general establecida, estructurar el crecimiento de los recursos de acuerdo con las necesidades, su distribución territorial y su proximidad a los usuarios, creando registros sobre las entidades prestadoras de servicios y centros

19. La mapificación de los SS.SS de 1991, documento base que estamos utilizando como referencia de la comparativa con la situación actual (apartado 3 de este capítulo), resultó ser el instrumento para planificar la ordenación territorial en cuanto a recursos sociales del sistema público de SS.SS en la CV.

las necesidades específicas en cuestión (la segunda de Servicios Sociales, la ley 5/1997 incluye a las entidades privadas con ánimo de lucro).

Tanto en España como en la CV la legislación en la materia de las PcDD se ha ido elaborando al dictado de las Declaraciones, Convenciones Internacionales y Tratados ratificadas por el Estado Español con el compromiso de la adopción en su legislación estatal y autonómica, y su implementación a través de las políticas sociales.

En el cuadro que presentamos a continuación vemos la evolución de las Leyes españolas inspiradas en los dictados internacionales apreciándose la desincronización entre la ratificación y la adopción por el Estado y por la Administración de la CV.

Cuadro 1. Legislación española y valenciana de PcDF adaptada a la normativa internacional

<p>LISMI Ley 13/1982 de Integración Social del Minusválido</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Declaración de Derechos del Deficiente mental (ONU, 1971) - Declaración de Derechos de los Minusválidos (ONU 1975)
<p>LEY 5/1997, de 25 de junio, de la G.V. por la que se regula el Sistema de Servicios Sociales en el Ámbito de la CV</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Convenio Internacional de la Haya en materia de adopción internacional (1995) - normativa europea sin especificar
<p>LIONDAU Ley 51/2003 de Igualdad de Oportunidades, no Discriminación y Accesibilidad Universal de las PCDD</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Convenio Europeo para la protección de los DDHH y Libertades Fundamentales (Convención Europea de Derechos humanos) firmado por España y entra en vigor en 1979 (BOE 10/10/1979) - Carta de los Derechos Fundamentales de la UE proclamada en el 2000, y aprobada su adaptación en el 2010
<p>Ley 11/2003 del Estatuto Valenciano de PCDD</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Carta Social Europea (firmada y en vigor desde 1980, BOE 26/06/1980, revisada en 1996) - Concepto de desarrollo humano de los informes: <ol style="list-style-type: none"> 1. Informe 2000 del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo 2. Informe del Club de Roma sobre Desarrollo Humano y Discapacidad.
<p>Ley Orgánica 1/2006, de 10 de abril, de Reforma de la Ley Orgánica 5/1982, de 1 de julio, de Estatuto de Autonomía de la Comunidad Valenciana</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Declaración Universal de Derechos Humanos - Pactos Internacionales de Derechos Civiles y Políticos y de Derechos Económicos, Sociales y Culturales - Convención Europea de Derechos del Hombre y Libertades Fundamentales - Carta Social Europea.

<p>LEY 26/2011, de 1 de agosto, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Derechos Humanos y Libertades Fundamentales ratificada por España, entra en vigor en 1979 (BOE 10/10/1979) - La Convención Internacional de Derechos de las PCDD ratificada por España en 2008 entra en vigor en 2009 - Carta social Europea (firmada y en vigor desde 1980, BOE 26/06/1980, revisada en 1996)
<p>Ley 4/2012, de 15 de octubre, por la que se aprueba la Carta de Derechos Sociales de la CV Valenciana.</p>	<p>Hace mención a normativa europea pero no la especifica ni la nombra, pese a que en España desde 2009 está en vigor la Convención Internacional y que en 2011 se aprueba la Ley de adaptación en España de la Convención de los derechos de las PCDD</p>
<p>Real Decreto Legislativo 1/2013 de 29 noviembre por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social</p>	<p>Refunde la ley 26/2011 y unifica toda la normativa existente en la materia: la Ley de Integración Social de Personas con Discapacidad (LISMI), de 1982; la Ley de Igualdad de Oportunidades, no Discriminación y Accesibilidad Universal de las Personas con Discapacidad (LIONDAU), de 2003, y la Ley por la que se establece el régimen de infracciones y sanciones en materia de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad, de 2007. Sin embargo, este Real Decreto Legislativo va más allá de ser un compendio de leyes. Todas las normas citadas se han actualizado y armonizado siguiendo la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, lo que implica la superación del concepto asistencial de décadas pasadas.</p>

Fuente: Elaboración propia a partir de los textos legislativos

Actualmente con el Texto Refundido de la Ley General de Derechos de las PcDD de 2013 se reconoce de forma expresa los Derechos Humanos y las libertades fundamentales; la Igualdad de Oportunidades; la importancia de la accesibilidad al entorno físico, social, económico y cultural; a la salud; a la educación; a la información y a las comunicaciones. La Convención de Derechos de PcDD destaca el hecho de que la mayoría de las personas con discapacidad viven en condiciones de pobreza y reconoce la necesidad fundamental de mitigar los efectos negativos en las PcDD. En el Estado Español se han elaborado varios Planes de Acción como mandato de normativas internacionales sobre discapacidad. Actualmente el Estado está ejecutando el IV Plan de Acción 2014-2016, de la Estrategia Española de Discapacidad en el que se atiende a las personas más vulnerables (Mujeres, Niños y niñas en riesgo de exclusión, violencia y pobreza, las PcDD residentes en zonas rurales, y Personas mayores).

3. Legislación y ordenación actual

3.1. Competencia legislativa y ordenación

La organización, competencias y ordenación funcional del sistema público de SS.SS en la CV para las PcDD vienen reguladas por las cuatro leyes autonómicas de referencia²⁰ y el Decreto 91/2002 de Autorización y Registro.

El nuevo Estatuto de Autonomía recoge los textos jurídicos internacionales sobre los derechos de la política social de los Estados (título II), y en la Carta de los Derechos Sociales en la CV (publicada como desarrollo del Estatuto) atendiendo al carácter vinculante de la normativa internacional, se hace referencia en su preámbulo a la ampliación de la garantía de los derechos subjetivos de las PcDD y establece que serán las prestaciones públicas necesarias para asegurar la igualdad de oportunidades, la integración, la accesibilidad universal, la autonomía personal y la participación en la vida social de la comunidad, incluyendo ayudas económicas como prestaciones económicas, asistencias técnicas, asistencia personal, servicios especializados y ayudas y servicios auxiliares para la comunicación.

La Ley 11/2003 del Estatuto Valenciano de las PcDD (deroga el art. 21 de la Ley 5/97 de Servicios Sociales dedicado a las PcDD y lo desarrolla) reconoce los derechos sociales en su preámbulo como subjetivos incluyendo los principios de actuación como es la responsabilidad pública del sistema. Establece las competencias de las administraciones públicas y la tipología de recursos distinguiendo entre los servicios de acción social y los centros de acción social (siguiendo la estructura de ordenación empleada por el Decreto 91/2002 sobre Registro).

Los Servicios de Acción Social corresponden a las «Prestaciones Básicas», denominadas así por la Orden 9 de abril de 1990, que son los programas y servicios prestados por los SS.SS Generales (atención primaria y de proximidad). De acuerdo a la Ley 11/2003 en el ámbito de las PcDD pueden ser (y son) prestados también por las asociaciones y/o entidades privadas sin ánimo de lucro.

Los Centros de Acción Social corresponden a los Servicios Especializados (de acuerdo a la Ley 5/1997) para PcDD, y son los centros de atención diurna, residencias y viviendas tuteladas, cuya titularidad y gestión puede ser tanto de las administraciones autonómica y locales como de la iniciativa social (de acuerdo también al Decreto 91/2002 sobre Registro).

20. El Estatuto de Autonomía de la C.V, Ley 5/97 de SS.SS, el Estatuto de las personas con Discapacidad y la Carta de los Derechos Sociales.

Cuadro 2. Leyes autonómicas reguladoras de los derechos de las PcDF y la tipología de servicios y centros

Servicio/programa Centro/ equipamiento Prestación Económica	Derecho subjeto Ley	Ley 5/1997	Ley 11/2003	Ley 39/2006	Ley 4/2012
Información, orientación, y asesoramiento	Ley 11/2003	X	X		
SAD	Ley 11/2003 Ley 39/2006	X	X	X	
Teleasistencia	Ley 11/2003 Ley 39/2006		X	X	
Respiro familiar	Ley 11/2003	X	X		
P. Convivencia		X			
P. Cooperación		X			
P. Prevención y reinserción		X			
Ocio y tiempo libre	Ley 11/2003	X	X		
Ayuda desarrollo personal	Ley 11/2003	X	X		
Ayudas técnicas	Ley 4/2012				X
Prestación atención institucionalizada	Ley 11/2003 Ley 39/2006	X	X	X	
Bono residencia		X			
Ayuda emergencia social		X			
Asistencia personal	Ley 4/2012 Ley 39/2006			X	X
Centro de Día	Ley 11/2003 Ley 39/2006	X	X	X	
Centro Ocupacional	Ley 11/2003 Ley 39/2006	X	X	X	
Centro Atención Temprana	Ley 11/2003 Ley 39/2006	X	X	X	
Residencia	Ley 11/2003 Ley 39/2006	X	X	X	
VTT	Ley 11/2003 Ley 39/2006	X	X	X	
Centro de atención diurna para PcDD en situación dependencia	Ley 39/2006			X	
Centro de atención residencial para PcDD en situación dependencia	Ley 39/2006			X	

Fuente: Elaboración propia a partir de los textos legislativos

La Ley 39/2006 de la Dependencia establece de forma clara e inequívoca las prestaciones del SAAD como derechos subjetivos y establece un Catálogo de Servicios y Prestaciones para la promoción de la autonomía personal y atención a la situación de la dependencia remitiendo en todo momento a la red del sistema de Servicios y Centros de los SS.SS de cada comunidad autónoma.

En la Ley 11/2003 se recogen las competencias de la Generalitat a través de la Conselleria competente y son: a) Aprobar un Plan Integral de Actuación para la PcDD; b) Investigar, formar, sensibilizar y difundir la realidad que presenta este sector social (características y necesidades); c) Disponer y organizar la recogida de datos estadísticos elaborando censos específicos e incluyendo la demanda de servicios, los recursos disponibles, y la identificación de nuevas necesidades; d) Establecer los criterios de calidad que han de cumplir todos los centros y servicios, mecanismos de supervisión y control de la calidad en la actividad independientemente de su titularidad de los centros; e) Asesorar y apoyar, técnica y económicamente a las entidades locales, organizaciones y asociaciones públicas y privadas. Se promoverá convenios de colaboración y la celebración de conciertos; f) Coordinar²¹ las actuaciones de las distintas administraciones públicas y de la iniciativa social sin ánimo de lucro y privada. También dedica un artículo a la Rehabilitación en el apartado dedicado a la Sanidad.

Desde la promulgación de la segunda Ley de Servicios Sociales de la CV en 1997 (en 19 años) y la Ley 11/2003 (12 años), en lo que afecta al ordenamiento y organización de los Servicios Sociales de las PcDF, se han publicado tres leyes, siete decretos, y tres órdenes²², siendo la de 9 de abril de 1990, todavía en vigor, la que regula la «cartera de servicios»: condiciones y requisitos de acceso, ratios... junto con el Decreto 91/2002 que regula el procedimiento de autorización. En la Ley 5/1997 se ordena el sistema como equipamientos, programas y prestaciones económicas; la Orden 9 de abril de 1990 establece los SS.SS especializados como «atención especializada (CD, CO y CAT)» y «residencias»; el Decreto 91/2002 los registra como «servicios, programas y centros» (cualquier equipamiento); y la Ley 11/2003 como «servicios de acción social» y «centros de acción social». El Consejo Territorial de SS.SS y Personas en situación de dependencia propone un

21. La ley de SS.SS reconoce como uno de sus objetivos la coordinación de los recursos y las iniciativas públicas y privadas así como con otros sistemas que incidan en la calidad de vida y en el bienestar social, como los sanitarios, los educativos, los culturales, los medioambientales y los urbanísticos (art. 1).

22. La Ley 5/1997, Ley 11/2003 y la Carta Valenciana de los Derechos Sociales; los Decretos de autorización y registro, el de calidad, el de Vivienda Tutelada, el de conciertos con entidades sociales de iniciativa privada, el de la Comisión para la Integración Social de las PcDD y los de creación del IVADIS y el del IVAS (Instituto Valenciano de Acción Social); y las Órdenes de 2001 de Estimulación precoz, y la de 2010 por la que se incluyen centros del catálogo del SAAD. Aquí no estamos considerando la normativa de desarrollo dirigida al sector de enfermos mentales, las de ayudas y subvenciones anuales ni las dedicadas a la valoración de la discapacidad.

Catálogo de referencia de SS.SS.²³ estructurado en «prestaciones de servicios» y «prestaciones económicas».

En 2008 se modifica el art. 31 de la ley de SS.SS para considerar los centros de estimulación precoz de 0 a 3 años como Centro de Atención Temprana de 0 a 6 años (en este tipo de centros como otros considerados de rehabilitación, prevención, centros de día...la competencia es compartida con el sistema sanitario²⁴ y, en este caso concreto con el educativo). Con el Estatuto de PcDD en 2003 se incorpora la teleasistencia y la vivienda tutelada²⁵ en el «catálogo» para PcDD, pero hasta la fecha no se modifica la Orden 9 de abril para este fin. Si se hace en 2010 para integrar en la tipología de centros de SS.SS, a los Centros de Atención Diurna y los Residenciales ambos para PcDD en situación de dependencia.

Respecto a la intervención en los servicios y centros de acción social, la participación del tercer sector es importante (incluso podríamos decir imprescindible) dependiendo en bastante grado de su dinámica y la financiación exterior de las entidades. Recientemente se ha publicado la Ley del Tercer Sector (estatal) y la Ley del Voluntariado (autonómica) que vuelven a legitimar la acción social participativa de las PcDF en el sistema de SS.SS (creación, titularidad y gestión de centros) y en el desarrollo e implementación de las políticas sociales, extendiéndose a todos los sistemas de protección social. Desde el ordenamiento legislativo de SS.SS se les ha otorgado incluso la competencia de velar por las personas tuteladas por la administración que nos sugiere un regreso en el tiempo a la asistencia benéfica tendiendo a la institucionalización así como cierta «delegación»²⁶ de la gestión y responsabilidad pública. Un ejemplo de la dimensión sobre la participación del tercer sector la encontramos en la organización y funcionamiento de Asociaciones o Fundaciones prestadoras de Servicios de Acción Social (en 2003 en la provincia de Valencia había un total de 167 entidades del tercer sector registradas)²⁷ o de los CO (existe una Coordinadora de CO que aglutina un total de 41 entidades en toda la provincia)²⁸.

23. (Publicado en BOE 16/05/2013)

24. Ver Art. 52. De la LEY 12/2008, de 3 de julio de 2008, de la Generalitat, de Protección Integral de la Infancia y la Adolescencia de la Comunitat Valenciana) y capítulo II de la Ley 11/2003.

25. Viviendas tuteladas, a partir de ahora VTT que se desarrolla más tarde mediante un Decreto. Podrían ser considerados servicios específicos conceptualizados de acuerdo a la propuesta que apoyan diversos autores a raíz de la experiencia en otras CCAA.

26. En la Orden 9 de abril de 1990 establece que el sistema público de SS.SS es una cuestión de asumir las respectivas obligaciones tanto por las EE.LL como por la iniciativa social. En la ley 11/2003 el art. 43 sobre la Tutela de personas incapacitadas judicialmente, recoge que la Administración de la GV promoverá entidades sociales sin ánimo de lucro que puedan desempeñar la tutela o curatela de aquéllas, de acuerdo con lo previsto en el Código Civil.

27. Fuente: Guía de recursos para personas con discapacidad, 2003

28. La Coordinadora de Centros Ocupacionales d la CV (COPAVA), creada en 1980, aglutina 41 entidades, 2160 usuarios, 512 profesionales y 24 socios colaboradores, y sólo en la

Por otra parte, con la creación del IVADIS (2001) obtenemos la expresión máxima de la delegación de competencias o encomiendas de gestión continuando esta política hasta la creación y mantenimiento de AVAPSA (en este caso como entidad privada) para la gestión de la Dependencia y la valoración de la discapacidad, hasta su desaparición cuando fue absorbida por el IVAS²⁹ (antes IVADIS).

3.2. Planificación y Organización territorial

En cuanto a la planificación territorial nos remitimos a la Orden 9 de abril de 1990 (que desarrolla el Decreto 40/1990 de Registro, Autorización y Acreditación, derogado en 2002) el cual establece que «los recursos especializados se implantarán bajo la responsabilidad directa de la GV en las *delimitaciones territoriales* establecidas». De acuerdo a la Ley de SS.SS es competencia de las entidades locales el análisis de las necesidades y de la problemática social en su territorio y la titularidad y gestión de los SS.SS especializados que le correspondan a causa de su competencia territorial (art. 6) y establece que tendrán prioridad los servicios y actuaciones que se enmarquen en la planificación autonómica. El Decreto 91/2002 sobre Registro no regula la organización territorial pero reconoce la autonomía de las entidades locales en esta materia. Con la aplicación de la Ley 39/2006 en Valencia se realiza la distribución territorial de los Servicios Municipales de Atención a la Dependencia (SMAD), y se crea un sistema o red propia con 66 zonas de cobertura en la provincia de Valencia que no siempre son coincidentes con las demarcaciones comarcales ni con las mancomunidades ya existentes en SS.SS.

Por otra parte, el Estatuto de PcDD obliga a la Generalitat en el apartado de Sanidad, a crear «unidades de referencia multidisciplinares, atendiendo a criterios geográficos y de prevalencia, para los tipos de discapacidad que precisen diagnóstico, tratamiento y seguimiento durante toda la vida de la persona con discapacidad existiendo una relación continuada de los profesionales con la persona con discapacidad y sus familiares» (art. 16),

En cualquiera de los casos y vista la experiencia en otras CCAA³⁰ anotamos en este punto la propuesta que realizan Martínez-Martínez y Uceda-Maza,

...la organización territorial de los SS.SS se distingue entre las Zonas de SS.SS y las Áreas de SS.SS donde se implantan los SS.SS de atención primaria y el Centro Coordinador, respectivamente. Los servicios especializados se prestan desde estos centros por equipos interdisciplinares (Castilla-La Mancha) o por la atención primaria específica (Navarra) siendo la ratio de intervención de estos centros ubicados en las Áreas (coordinadores) entre 50.000-100.000

provincia de Valencia a 39 Centros Ocupacionales. Dispone de una Comisión Técnica de Calidad y un Plan Estratégico 2015/2018.

29. IVAS; Instituto Valenciano de Acción Social

30. Castilla-la Mancha, Castilla León, Illes Balears, Navarra

dependiendo de CCAA. Desde las Áreas se actúa en coordinación con los centros de atención primaria teniendo las personas siempre un profesional de referencia en los dos niveles (2015: 127).

En cuanto a la calidad tanto la Ley de SS.SS, los decretos 90 y 91/2002 y la Ley 11/2003 establecen el control de la evaluación de calidad periódica, pero refiere que no será obligatorio dicho control mientras no se apruebe el desarrollo reglamentario ni los indicadores y estándares específicos. Recientemente se ha publicado el Plan de Inspección de control del cumplimiento de niveles de calidad desde la Conselleria de Políticas Inclusivas e Igualdad, el cual propone a las Direcciones Generales la elaboración de planes de mejora. Estando el sistema de SS.SS para PcDD ampliamente participado/concertado con asociaciones y otras entidades sociales la misma Coordinadora Valenciana de Discapacidad y Dependencia ya apuntó que la calidad de los servicios públicos se consigue mediante una adecuada regulación de la acreditación de centros, servicios y programas, garantizando unas condiciones dignas de trabajo, de las trabajadoras y los trabajadores del sector, cumpliendo con el pago puntual según establece la legislación laboral y cumplimiento del convenio colectivo de referencia. Asimismo, los centros y las administraciones públicas habrán de prestar especial atención a la adecuada formación de todos los y las profesionales: formación, titulación habilitación profesional y certificación.

4. Análisis de la cuestión

4.1. Situación de las personas con diversidad funcional en la provincia de valencia³¹

En la provincia de Valencia el 60,5% de las PcDD son menores de 65 años³² (106.144 personas) frente al 39,5% (69.365 personas) que son mayores de 65 años. Las personas menores de 18 años representan el 7% (7.386 personas). De las personas mayores de dieciocho y menores de 65 años (98.758) tienen entre el 33 y el 64% de discapacidad un total de 61.802 personas (62,6%), entre el 65 y el

31. Los datos que se presentan han sido elaborados por las autoras del texto a través de la consulta de las fuentes estadísticas del INE, IVE, la Bases estatal del IMSERSO, Seguridad Social y del SEISS. Para ello se ha tenido que recurrir en ocasiones a técnicas de estimación y proporciones estadísticas. Las cifras corresponden a datos de diciembre 2013 últimos disponibles a fecha de elaboración del texto.

32. A las PcDD independientemente de sus necesidades, el sistema valenciano ofrece el catálogo SS.S los mayores de 65 años (e incluso de forma excepcional, de 60 años) y así son atendidos por servicios y centros Personas Mayores con y sin dependencia. Por lo que en este apartado nos referimos a las personas con discapacidad menores de 65 años.

74% de discapacidad 25.191 personas y más del 75% de discapacidad un total de 11.765 personas.

Es de gran complejidad conocer la situación económica, social y laboral de las PcDD como colectivo ya que en estas cifras están incluidas las que perciben las pensiones contributivas de cualquier sistema (no necesariamente han de tener más del 65% de discapacidad), las no contributivas (sólo conocemos que perciben la PNC-I³³ 10.880 personas, y no las que son perceptores de PF³⁴ en esa franja de edad), y las personas activas laboralmente. Evidentemente, las personas con más del 65% de discapacidad por una vía u otra son preceptoras de alguna prestación económica mientras no están activas laboralmente. En definitiva, el 62,6% de las personas adultas menores de 65 años tienen un grado de discapacidad menor al 64% (algunos pueden ser pensionistas contributivos). Se puede inferir que un elevado porcentaje no está integrado en el mercado laboral y previsiblemente presenten necesidades de inclusión social y laboral. Por otra parte, el hecho de ser atendidas por algún servicio o centro no está condicionado a ser beneficiario de prestaciones económicas de protección social.

Pese a la complejidad de detallar las cifras, en todo caso, lo que sí es objetivo y real, es que las cuantías de las prestaciones no contributivas por discapacidad son insuficientes y que la diferencia en las cuantías de los salarios de los trabajadores con discapacidad con respecto a los trabajadores sin discapacidad son importantes, por lo que podemos afirmar que forman un sector importante de población que se encuentra en situación de riesgo de pobreza, y en muchas ocasiones situaciones con discriminación múltiple sumada a las limitaciones que les produce la propia discapacidad.

4.2. Prestaciones y Servicios de la red de Servicios Sociales para Personas con Diversidad Funcional³⁵ en la Comunidad Valenciana

El disfrute de los Servicios de Acción Social y Centros de Acción Social regulados en la Ley 11/2003, no son ofrecidos en condiciones de igualdad en todo el territorio valenciano, es decir, no se dispone de acceso garantizado a servicios de las

33. La Seguridad Social no ofrece datos de las edades de perceptores de PF. Respecto a las cuantías de las pensiones no pueden superar la cuantía de 367,90 € al mes, o (551,90 €) con la ayuda AVD valorada).

34. No disponemos de cifras detalladas pues las fuentes estadísticas de la Seguridad Social no ofrecen datos de la Prestación Familiar por hijo a cargo por rango por edades en las CCAA y provincias, así en ellas se incluyen personas mayores de 65 años.

35. La información aportada procede de los resultados presentados por la Investigación de la Universidad de Valencia *El sistema de SS.SS ante la crisis económica: retos, desafíos y territorio. El caso de la provincia de Valencia (2014)*,

prestaciones básicas de SS.SS como la Asistencia domiciliaria, la Teleasistencia ni las ayudas económicas, las cuales no están reguladas por una normativa diferente a las Resoluciones anuales ni cuentan con financiación estable y suficiente (discrecionales con presupuestos finalistas). Tampoco está garantizado el acceso a las plazas en centros de Atención Diurna³⁶ (CAT, CO, CD), ni en centros residenciales o en VTTs, de forma independiente del lugar de residencia, si nos atenemos a las largas listas de espera para su acceso. No debemos olvidar que el acceso al sistema está condicionado en primer lugar al reconocimiento de la discapacidad y/o dependencia que suponen procesos dilatados en el tiempo debido a la elevada demanda, la insuficiencia de personal técnico y de gestión, y a la complejidad administrativa o burocracia.

Contamos en la provincia de Valencia con 792 plazas en los 25 CD de los cuales 15 son de titularidad privada. En Centros Ocupacionales, creados por la LISMI³⁷ como de rehabilitación e inserción social, contamos con 2.952 plazas en 55 centros de los cuales son 29 de titularidad pública (municipios y mancomunidades) y 26 privadas (asociaciones de familiares principalmente)³⁸.

En cuanto a los Centros de Atención Temprana, actualmente existe una gran dispersión de servicios que son prestados por diferentes administraciones: sanitaria, educativa y de Servicios Sociales. En Servicios Sociales contamos con 910 plazas en 19 CATs de los cuales la mitad es de titularidad privada y la otra pública, destacando las mancomunidades de servicios. De acuerdo a los resultados de la investigación citada, se han implantado sin planificación territorial y de forma arbitraria. En los últimos años está aumentando la creación de centros de iniciativa lucrativa donde empiezan a concertarse plazas sin existir una verdadera coordinación sociosanitaria. Los resultados son básicamente una gran desigualdad territorial y de oportunidades debido a la inexistencia de estos centros en zonas de interior³⁹ influido, tal vez, por la despoblación y envejecimiento en estas zonas.

36. Terminología empleada en el Catálogo del SAAD.

37. Derogada por el texto refundido de la Ley General de Derechos de las PcDD y su inclusión social.

38. La Coordinadora de Centros Ocupacionales d la CV (COPAVA), creada en 1980, aglutina 41 entidades, 2160 usuarios, 512 profesionales y 24 socios colaboradores, y sólo en la provincia de Valencia a 39 Centros Ocupacionales. Dispone de una Comisión Técnica de Calidad, un Plan Estratégico 2015/2018.

39. Aquí cabe anotar que la Carta Social de la CV (con rango de ley) y como desarrollo del Estatuto de Autonomía señala que los servicios de atención temprana han de ser prestados en todos los centros educativos. En ocasiones está también prestándose en el ámbito sanitario sobre todo por entidades privadas. El colectivo que atiende estas situaciones tienen abierto el debate sobre el sistema competente que no es el mismo en todas las CCAA.

Cuadro 3. Distribución de centros y servicios de PcDF en la provincia de Valencia, según titularidad, tipo de gestión a acceso a plazas

Recursos	Titularidad			Tipología de Gestión				Nº plazas y acceso a ellas		
	Pública	Privada	Total	3º sector	Pública	Privada	Total	Pública	Privada	Total
Atención Temprana	9	10	19	11	8	0	19	745	165	910
Centro de Día	10	15	25	14	10	1	25	635	157	792
Centro Ocupacional	29	26	55	28	27	0	55	2.857	95	2.952

Fuente: Elaboración propia

Pese a que constan 44 VTT, 33 son de titularidad privada y tan sólo hay 247 plazas. Están ubicadas en zonas más pobladas, mayoritariamente metropolitanas. Existe, como hemos apuntado anteriormente, una gran discriminación territorial⁴⁰. Existen 25 residencias para PcDF contando con un total de 929 plazas en 13 residencias de titularidad privada y 12 de titularidad pública. Ante la insuficiente red propia, empiezan a ofrecerse plazas concertadas a partir de 2006 a través del BONAD⁴¹ en residencias privadas incluidas las de atención a Personas Mayores⁴², suponiendo:

...una modalidad de cajón de sastre para adecuar la atención de personas con necesidades especiales a la oferta residencial residual. Lejos de plantearse la atención de estas personas desde una perspectiva personalizada, integral y comunitaria, se vuelva a apostar por un modelo asilar... que vulnera de forma grave los derechos... Las recomendaciones internacionales abogan por un tratamiento de corte comunitario, viviendas tuteladas, apoyo personal y tratamientos individuales (Andrés y Uceda, 2007: 37).

Por otra parte, y coincidiendo con Fantova (2015), es la hora de entender unos SS.SS como servicios para la interacción (autonomía funcional e integración relacional) de todas las personas. Es la hora de superar el enfoque por colectivos tendente a la residencialización y apostar por la personalización, el enfoque familiar, domiciliario y comunitario y la gestión de las interrelaciones en las diversidades

40. La política social del nuevo gobierno prevé su impulso como alternativa a la institucionalización.

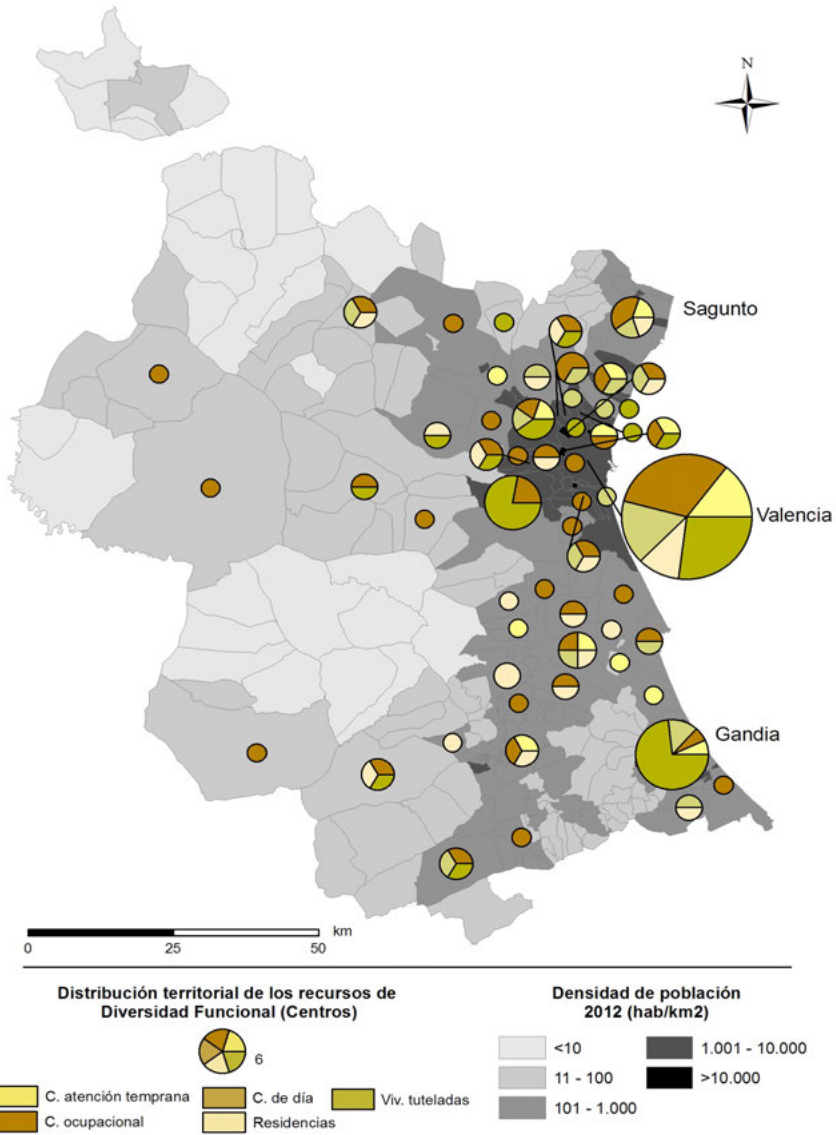
41. Bono de Atención a Discapacitados, por el cual se otorga una prestación económica anual para costear el gasto del centro (mayoritariamente residencial).

42. Con el Decreto 91/2002 se modifica la concepción de las residencias mixtas. Ya no se entenderán como residencias para personas mayores válidas, semiválidas y asistidas, si no que se entenderán residencias de mayores con módulos para personas menores de 65 años con cualquier tipo de discapacidades incluidas las personas con enfermedad mental, y se reservará un porcentaje de plazas para personas con dependencia.

sexual, generacional, funcional y cultural. Por razones éticas, técnicas, organizativas y económicas.

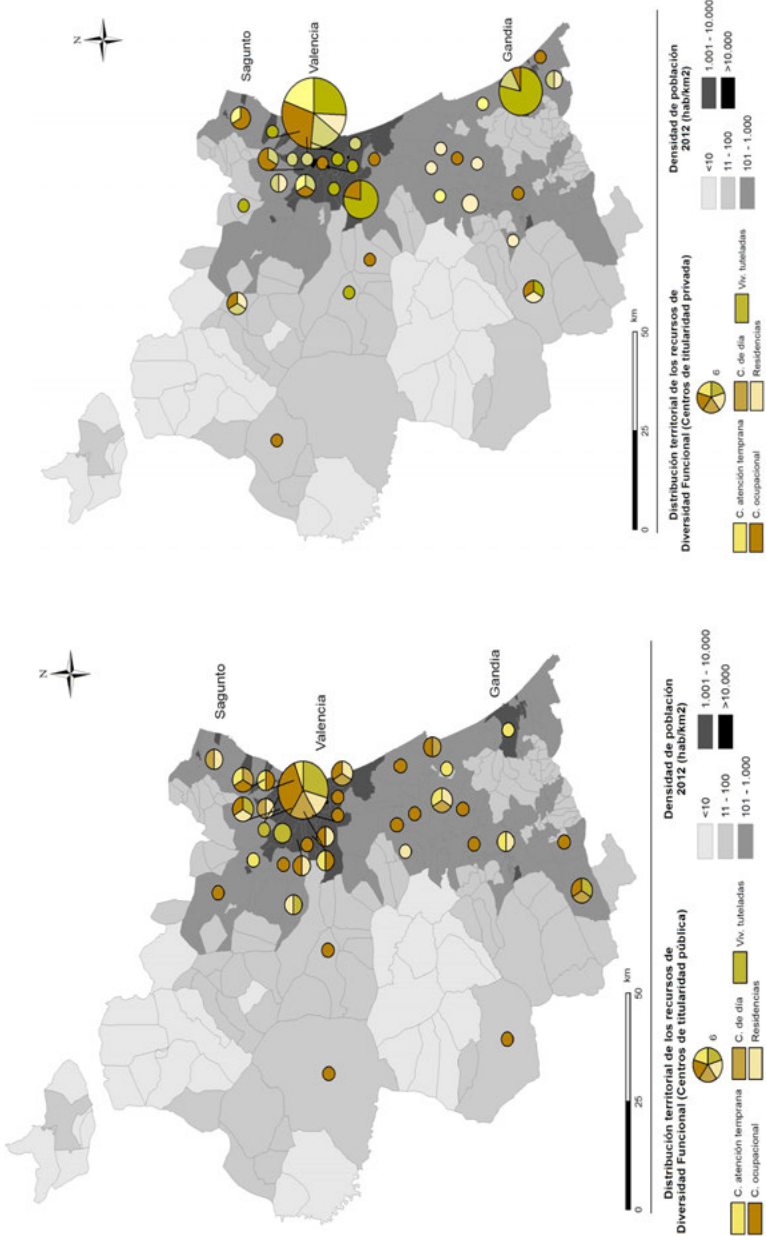
En los mapas elaborados en 2014 para la investigación de referencia, aparece señalado todo lo expuesto en este apartado.

Mapa 1: Distribución territorial de los recursos de atención a las PcDF



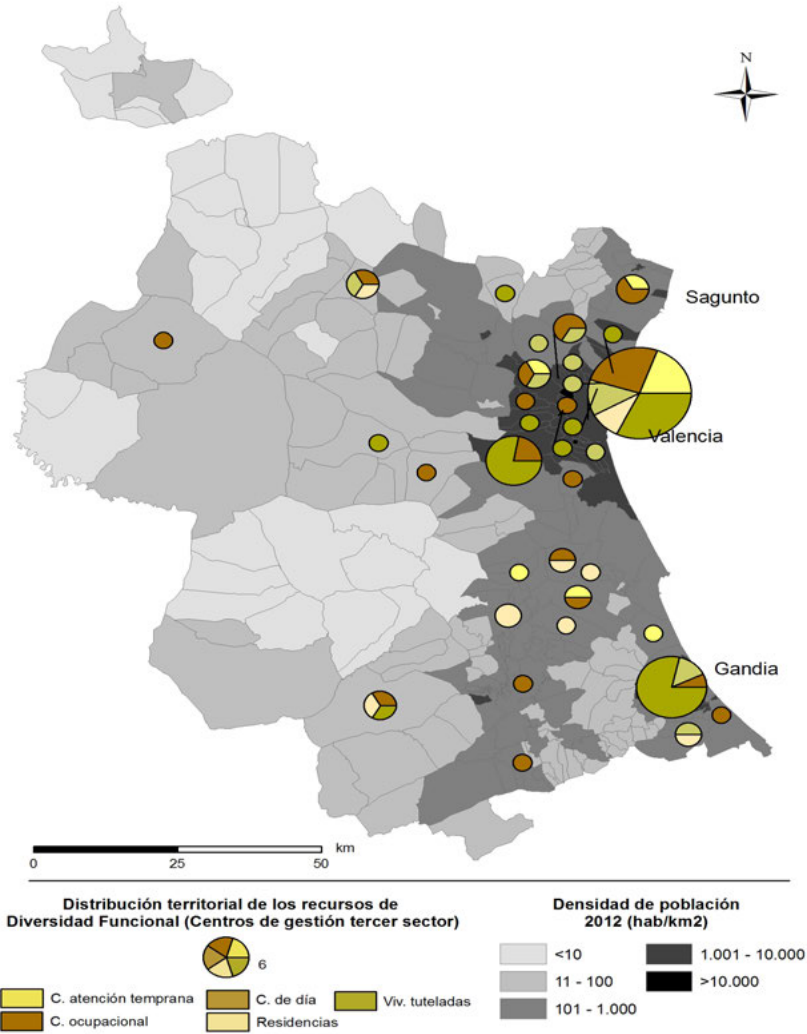
Fuente: El sistema de serveis socials davant la crisi econòmica (2014)

Mapas 2 y 3: Distribución de centros y servicios de PcDF según titularidad



Fuente: El sistema de serveis socials davant la crisi econòmica (2014)

Mapa 4: Distribución de los centros de atención a las PcDF de gestión del tercer sector



Fuente: El sistema de serveis socials davant la crisi econòmica (2014).

Podemos apreciar y afirmar que en esta evolución⁴³ de 23 años ha habido un crecimiento importante de todo tipo de recursos, sobre todo de VVT (módulos de

43. En los 30 años pasados también desde la creación de la entidad para la actuación pública de SS.SS en el sector de las PcDF adscrita a la Conselleria (1986-2016).

ratio entre 4-7 personas) a partir de 2001 y CAT. Otra cosa, muy distinta, es considerar si su creación ha sido realizada de acuerdo a las necesidades detectadas en el territorio. De acuerdo a la tipología de gestión de los centros, apreciamos que predomina la del tercer sector, ya como titulares ya como gestores, mediante convenios o conciertos locales. En algún otro caso se realiza a través de empresas de economía social (cooperativas) también fundadas por familiares de PcDD.

En cuanto al número de plazas en centros residenciales se puede apuntar que si bien ha habido un incremento de plazas públicas, su acceso también es desigual sobre la tipología de la discapacidad, predominando con fuerza las de discapacidad psíquica. Las personas menores de 60 años con discapacidades físicas tienen un difícil acceso por la escasez de centros residenciales específicos⁴⁴. Es necesario tener en cuenta que en muchas ocasiones a partir de finalizar la escolarización o la atención en los centros educativos especiales (alrededor de los 21 años) la petición de acceso a Centros en muchos casos es una necesidad imperiosa debido a las necesidades de atención.

5. Referencia a otras Comunidades Autónomas: Navarra y Castilla-León

La Comunidad Foral de Navarra cuenta con una Ley de SS.SS ya de tercera generación que presenta una visión actualizada, integradora y con garantía de derechos subjetivos, no solo a las personas dependientes, sino que lo extiende a toda la población que lo necesite. El proceso para la elaboración de la Ley fue a través de dos instrumentos: un *Plan Estratégico de Servicios Sociales*, donde se establecían las pautas de las políticas sociales y sirvió como marco a la planificación sectorial incluida la de las PcDD, conteniendo un exhaustivo análisis de la situación de partida, de la demanda, el diagnóstico y los criterios de evolución; y la *Cartera de Servicios*.

La atención social a las personas con diversidad funcional se lleva a cabo a través del Catálogo de Servicios y Ayudas (contenido en la cartera de SS.SS), donde están reflejadas de forma detallada (también desarrolladas por Catalunya y Castilla-León entre otras) las prestaciones y servicios garantizados y no garantizados (sujeto a cumplimiento de condiciones) para personas con diversidad funcional y con dependencia, entre otros colectivos.

En esta Comunidad se realizó un Plan Integral de Atención a Personas con Discapacidad 2010-2013 que se articuló en dos grandes apartados. El primero recoge los datos sobre las PcDD, las zonas de concentración de dichas personas, sus formas de convivencia, el predominio del tipo de discapacidad,... así como las

44. Viviendo un verdadero calvario para acceder a una plaza residencial adecuada. Habría que conocer desde la administración el número de PcDF de acuerdo a su tipología y su lugar de residencia que se encuentran sin atender en sus necesidades y demandadas.

ayudas técnicas que necesitan en cuanto a accesibilidad e igualdad de oportunidades y demás prestaciones de los sistemas de protección social. Con ello se elaboró el modelo de atención que engloba las políticas. En el segundo apartado se recoge el Plan propiamente dicho que contiene la formulación de los objetivos generales que se pretenden alcanzar con el mismo. Para conseguir estos objetivos se han diseñado las siguientes *líneas estratégicas transversales* que contienen medidas que deben aplicarse en todos los ámbitos sectoriales del plan: 1) Accesibilidad universal al entorno, 2) Promoción de la igualdad de género,³ 3) Discapacidad en el medio rural, 4) Mejora de la calidad, 5) Participación social y Sensibilización, 6) Información y formación. Y las *líneas estratégicas sectoriales*, que contienen medidas y actuaciones referidas a uno o varios ámbitos y que se encuadran en las competencias de otros departamentos: Salud, Educación, Servicios Sociales, Empleo, Vivienda, Cultura, Turismo, Ocio y Deporte e Investigación. Estas líneas estratégicas se desglosan en una serie de medidas y actuaciones que las desarrollan y concretan, así como los indicadores de las acciones para la evaluación. Se indica los responsables de impulsar las medidas, y si éstas conllevan o no coste económico.

Por otra parte, la valoración del grado de discapacidad y del nivel de dependencia es realizada por equipos profesionales coordinados de manera que si la persona obtiene más de un 75% de grado de discapacidad se activa el protocolo de dependencia.

Desde la web se publican todos los documentos relativos a Servicios Sociales: catálogo, cartera, servicios, planes, guías, estudios⁴⁵. A través de ella se puede realizar cualquier tramitación, solicitud o consulta del expediente presentado (discapacidad, dependencia,...) o realizar otras consultas como en otros tantos servicios de las administraciones.

En la Comunidad de Castilla y León destacamos como ejemplo de buenas prácticas la implantación de servicios innovadores en SS.SS para PcDF como, entre otros, los Centros multiservicios para personas con discapacidad y mayores y los Nuevos modelos de atención residencial para la diversidad intelectual.

También cuenta con total transparencia de los datos estadísticos, siendo publicados los mismos en la página web: personas con diversidad funcional por sexos, tipo de diversidad, atendidos en centros o servicios, etc.

Otros documentos publicados en la web de la Consejería competente que nos han parecido interesantes son: la Guía de Servicios Sociales para toda la población, las entidades de voluntariado y una calculadora de precios públicos (estimación aproximada de la aportación a realizar en virtud del recurso solicitado).

Esta web dispone de una valoración sobre la accesibilidad a la información para personas con deficiencia visual/ceguera, para lo cual se ha contado con la colaboración de una persona con ceguera total que trabaja con dispositivos específicos, Línea braille y revisor de pantalla con síntesis de voz (Jaws), siendo muy

45. Véase en <http://bit.ly/2ef6dZm>

satisfactoria su valoración en cuanto a la etiquetación de los enlaces y los gráficos disponen de un texto alternativo para identificarlos con el lector de pantallas.

6. Propuestas de acción en la Comunidad Valenciana

Las propuestas de acción son múltiples para nuestro territorio, ya que casi todo está por hacer en él. Se presentan las siguientes como las de más urgente atención:

Establecer un nuevo modelo de Servicios Sociales asentado en la planificación, la proximidad, la prevención, la calidad, la colaboración de y entre todos sus actores, y sobre todo en la primacía de las personas sobre el sistema que culmine en la elaboración de una nueva Ley de SS.SS de tercera generación reconociendo como derecho subjetivo las prestaciones del sistema público de SS.SS.

Por un lado, adaptar el nuevo paradigma de la Diversidad Funcional en la nueva legislación valenciana actualizándola de acuerdo a la Convención Internacional y la Ley General de Derechos de las PcDD y su inclusión social y la Ley 39/2006.

Además, se considera necesario por una parte, elaborar de forma participativa un Plan Estratégico de SS.SS en la C.V. donde se incluya la elaboración de la nueva ley de SS.SS de la CV y los Planes de Acción, entre ellos el de las PcDF. Por otra parte, elaborar el Plan de Calidad de los SS.SS (con la especificidad propia de la atención a las PcDF) incluyendo los estándares e indicadores específicos⁴⁶.

En cuanto a las bases de datos, sería preciso crear un portal estadístico de las PcDF en la CV por provincias y demarcaciones territoriales, edad, sexo, grado y tipo de discapacidad, beneficiarios de prestaciones, situación laboral y nivel educativo, así como un observatorio de forma prioritaria para el acceso a datos, el diagnóstico de la situación y necesidades de las PcDF poniendo énfasis en el entorno rural y facilitar la planificación, evaluación y planes de mejora.

Asimismo, habría que elaborar un Mapa de Servicios y Centros de la CV así como la Cartera de servicios como desarrollo de la futura Ley, revisando y actualizando las prestaciones del catálogo de servicios y prestaciones y su contenido. Paralelamente, elaborar el procedimiento de acreditación de entidades, servicios y centros convergiendo con el modelo elaborado por el Consejo Territorial de Servicios Sociales y del SAAD e introduciendo los planes de mejora de la calidad. En cuanto al ámbito de competencias y de responsabilidades públicas, se destaca la necesidad de definir las mismas (educativa, sanitaria y social) de los CAT, definir las Viviendas Tuteladas u otros servicios innovadores como servicios específicos de convivencia, proximidad e inclusión social junto con las residencias de tamaño reducido, ofreciendo alternativas al modelo residencial sobre todo en el medio rural.

46. Para ello se puede tener en cuenta, entre otros, las guías elaboradas por el CERMI (ver Calero y otros. 2015).

Todo ello, en coherencia con la creación de un modelo territorial que considere la distribución poblacional, las necesidades y la estructura del resto de sistemas (educativo, sanitario y ocupacional). Proponemos seguir el modelo de otras CCAA en las que se vertebra el sistema en: los de SS.SS de zona (de competencia municipal: los SS.SS de base), los SS.SS específicos por Áreas (demarcaciones territoriales coincidiendo con la sanitaria⁴⁷ y la judicial) y SS.SS especializados (también por Áreas geográficas y dependencia de la administración autonómica). Por otra parte, se considera fundamental crear e impulsar los Consejos Territoriales y/o Locales con carácter vinculante en sus decisiones para posibilitar la gobernanza local, regular las estructuras de coordinación técnica a nivel de Zona básica (atención primaria) y Áreas de SS.SS (atención específica), así como con los diversos sistemas de bienestar social.

En vistas a esta organización territorial cada Área de SS.SS dispondría de servicios específicos como «centros multiservicios o polivalentes» con: Oficinas de Atención Integral a las PcDF, sedes de los centros de diagnóstico, valoración y orientación (Centros Base y equipos de Valoración de la Dependencia), enclaves laborales y de inclusión y otros nuevos servicios de apoyo técnico con equipos multidisciplinares y asesoramiento jurídico. También se ofrecería el soporte y supervisión tanto a los profesionales del ámbito público como del tercer sector. Con todo ello se podría asegurar en todo el territorio la igualdad de oportunidades y condiciones, la autonomía personal, la proximidad y la participación y coordinación. Sin embargo, resulta de gran relevancia ofrecer una financiación estable y suficiente (convenios plurianuales o la fórmula más adecuada), a las entidades que forman parte del sistema público de SS.SS para PcDF

En otra línea de ideas, también cabe destacar el desarrollo de programas de formación específica presencial y periódica en o para las entidades locales y las de iniciativa social, primordialmente evaluación, calidad y metodología en red.

Por último, todos los puntos mencionados previamente subyacen bajo la necesidad de crear una cultura de mejora continua implementando la evaluación periódica de la calidad de las prestaciones y servicios (públicos y privados) estableciendo previamente los niveles mínimos estándares e indicadores de medición del sistema de calidad de forma específica para los recursos de la red de servicios para las PcDF.

47. Consta de once departamentos: Gandía, Xàtiva-Ontinyent, La Ribera (Alzira), Requena, Torrent, Manises, Sagunto, y los cuatro de Valencia (Clínico/Malvarrosa, Arnau Vilanova-Llíria, La Fe y Dr. Peset). Alguna de ellas incluye más de una comarca, por ejemplo Llíria: El Rincón de Ademuz, los Serranos y el Camp del Túria; o Xàtiva: la Costera, la Vall d'Albaida, la Canal de Navarres y el Valle de Ayora, o Requena: la Hoya de Buñol y la Plana Utiel-Requena, y Sagunto que abarca la comarca del Camp de Morvedre y parte de Castellón.

7. Conclusiones

Todavía no ha sido adaptada en la Comunidad de Valencia la normativa internacional sobre los derechos de las PcDF, una vez ha sido publicada la Ley General en el Estado. Pese a que figuran en la legislación valenciana (Ley 11/2003 y la Carta Valenciana de los Derechos Sociales de 2012) como derechos subjetivos sobre las actuaciones, principios de las políticas sociales y las prestaciones públicas para las PcDF, no podemos considerar que estén garantizadas ciertas prestaciones y accesos a centros y servicios, incurriendo en graves incumplimientos y vulnerando entre otras, la igualdad de oportunidades y la de condiciones (continúan largas listas de espera para disponer del certificado de valoración de la discapacidad y para tener acceso a plazas en servicios o centros, y existe una inseguridad en la percepción de prestaciones económica).

A partir de la publicación de la Ley 39/2006 de la Dependencia, donde se garantizan las prestaciones de su Catálogo de Servicios como derechos subjetivos, se presenta la exigibilidad de los derechos por parte de los afectados. Pero en la práctica vemos que en el sector de las PcDD pocos casos se judicializan todavía, tal vez por la larga tradición intervencionista graciable por parte de las administraciones públicas valencianas, pese al nuevo paradigma de la discapacidad como personas sujetos de derechos y la obligación de cumplirlos por parte de las políticas o administraciones.

Aún nos encontramos sin la publicación de la nueva ley de SS.SS de tercera generación donde se reconozcan las prestaciones como derechos subjetivos y se incorpore los derechos de las PcDF y la Ley 39/2006. La legislación básica de los SS.SS y concretamente para las PcDF ha sido escasamente desarrollada, no disponemos de la elaboración de un único e inequívoco Catálogo de Servicios ni Cartera de Servicios como instrumentos de garantía de derechos. Nos hemos de remitir a una normativa dispar, inconexa y no ordenada (Decreto 91/2002 sobre la autorización y registro, y la orden 9 que desarrolla el decreto 40/1990 ya derogado, como ejemplo).

La Ley 11/2003 establece la tipología de los servicios de acción social (de atención primaria o prestaciones básicas) y los servicios de acción social (los SS.SS especializados). Tanto unos como otros pueden ser prestados (y lo son) por las asociaciones o entidades sin fin de lucro. Debido a la carencia de planificación en el sistema (incluida la territorial), de coordinación, supervisión y apoyo técnico, formación, y de sistemas de calidad, se producen como apunta el Síndic de Greuges⁴⁸ diversas situaciones que merman la calidad de la atención a la que tienen derecho y merecen las PcDF, he indica entre ellas las siguientes: el sistema de SS.SS especializados o específicos de PcDD se ha ido implantado con una falta de ordenación aumentando la dispersión y segregación, provocando confluencia y cruces competenciales, cuando no escasez o inexistencia de plazas o servicios;

48. Informe del Síndic sobre la Situación de los Servicios Sociales Generales en la C.V realizado en el año 2013. Disponible en <http://bit.ly/2dlEc1V>

la participación de la iniciativa social en la creación del sistema sin control bajo las necesidades territoriales está afectando a las posibilidades de coordinación, de trabajo en comisiones, la planificación unificada, el acceso a subvenciones; desde la actuación de las administraciones, se ha ido sectorizando en exceso provocando un abandono de políticas preventivas coordinadas inter-sistemas (sanidad, educación, Servicios Sociales, empleo-formación), y prácticamente desde 2008 se ha regresado a la actuación primordial de institucionalización agravado por la puesta en marcha de la Ley 39/2006; vemos como esta situación se agrava cuando el acceso a prestaciones y servicios del sistema de SS.SS se ve condicionado por la existencia o no de valoración de los/las ciudadanos/as como personas dependientes, teniendo en este caso prioridad para tener garantizado los derechos de las PcDF. (2013).

En cualquier caso, la creación de la red de recursos para las PcDD tal y como podemos observar con los datos del apartado tres de este capítulo, se ha realizado sin planificación ni estudios de necesidades y al margen del territorio frente al oportunismo, voluntades y sensibilidades políticas del momento. Si bien se han creado centros y servicios por la administración autonómica (a través del IVADIS), las EE.LL y las entidades de iniciativa social durante tres décadas, continua habiendo una grave desigualdad territorial sobre todo el interior de la provincia, fruto de la ausencia de planificación, careciendo de servicios y/o centros en las comarcas del Rincón de Ademuz, el Valle de Cofrentes, Utiel-Requena y la Canal de Navarrés. Aquí cabe apuntar la carencia de instrumentos de recogida de datos con apoyo de las nuevas tecnologías, con metodologías compartidas y transparencia en la publicidad tanto de las situaciones como de los resultados de las intervenciones de las políticas sociales, imprescindibles para el estudio de las necesidades sociales.

En cuanto a incumplimientos por parte de los gobiernos de los últimos años destacamos la inacción desde la Administración durante el transcurso de varias etapas en los que: no se ha aprobado un Plan Integral de Actuación para las PcDD (que no sea el de Enfermos Mentales); no se ha realizado investigaciones ni recogida de datos para censos específicos y demandas de servicios, para informar de los recursos disponibles e identificar las nuevas necesidades de una forma ordenada; no se ha establecido los criterios e indicadores de medición específicos ni control de calidad de los centros y servicios, tanto públicos como privados, más allá del cumplimiento de la normativa de accesibilidad física y arquitectónica y de seguridad. Tampoco se ha garantizado el asesoramiento, apoyo técnico y económico a las entidades locales y a las organizaciones y asociaciones del tercer sector, ni ha existido una coordinación⁴⁹ en las actuaciones de las distintas administraciones públicas y de la iniciativa social. En definitiva y coincidiendo con Uceda-Maza, Domínguez y Martínez-Martínez (2015) el modelo actual de los

49. La ley de SS.SS reconoce como uno de sus objetivos la coordinación de los recursos y las iniciativas públicas y privadas así como con otros sistemas que incidan en la calidad de vida y en el bienestar social, como los sanitarios, los educativos, los culturales, los medioambientales y los urbanísticos (art. 1).

SS.SS valencianos se caracteriza por haberse desarrollado de forma centralizada, desordenada, con escasa calidad, nula evaluación y al margen del territorio.

Por otra parte, es necesario reordenar las competencias sanitarias, sociales y educativas e implantar comisiones o comités de coordinación sociosanitaria (también descentralizadas por Áreas de SS.SS) puesto que tras 30 años de existencia del sistema de SS.SS continúan los solapamientos y duplicidades de servicios de forma desigual en el territorio (sobre todo en menores y pacientes de enfermedades crónicas y/o dependencia).

Actualmente continua existiendo una indefinición respecto a la intervención en ciertos centros como los CO o las VTT, recursos que disponen de una dimensión comunitaria en la acción prestada desde o junto con servicios de proximidad o comunitarios hacia la participación y la inclusión social. En la práctica, debido a la existencia de servicios, programas y centros de atención sociosanitaria desde la proximidad y acción comunitaria, nos anima a proponer este espacio para la creación y desarrollo de los «servicios específicos»⁵⁰ para personas con DIVERSIDAD FUNCIONAL por demarcaciones territoriales en centros sociales polivalentes. En ellos también podría valorarse la incorporación de sedes de los equipos de valoración de la Discapacidad y/o Dependencia aprovechando las Áreas Sanitarias ya implantadas organizativamente como demarcaciones territoriales.

Defendemos el nivel de servicios específicos prestados desde la atención primaria y por demarcaciones territoriales (Zona básica y Área de SS.SS.)⁵¹, y que junto a equipos multiprofesionales de servicios públicos estén representadas en Consejos Locales también las entidades del tercer sector, con carácter vinculante en sus decisiones para posibilitar la gobernanza local. Para ello también habrá que crear normativa para estructuras de coordinación técnica a nivel de zona básica así como de los diversos sistemas de bienestar social en centros sociales polivalentes.

Es urgente elaborar una nueva ley de SS.SS de tercera generación que regule el sistema público de Servicios Sociales: 1) reconociendo los derechos de los Servicios Sociales como subjetivos, adaptando los derechos de las PcDF en consonancia con la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con discapacidad de la ONU; 2) incorporar la situación de la dependencia; 3) establecer la organización tanto funcional como territorial, bajo una política de planificación y garantista de la calidad de los servicios, incluyendo el/los catálogos y carteras de servicios como instrumento para ello.

50. Propuesta de organización funcional del sistema de SS.SS distinguiendo entre SS.SS. básicos, SS.SS específicos y SS.SS especializados en cuanto a la organización funcional (Martínez-Martínez y Uceda-Maza 2015:17).

51. Propuesta de organización territorial del sistema distinguiendo entre Zonas Básicas y Áreas de SS.SS. (Martínez-Martínez y Uceda-Maza, 2015:17).

8. Referencias bibliográficas

- ANDRÉS, F. Y UCEDA, F.X. (2007): «Apuntes para la reconstrucción de los SS.SS en el PV», en AV.VV. *La Red pública de SS.SS municipales en la CV: Retos y futuro de los Equipos Municipales de SS.SS y problemática laboral*. FSP-UGTPV.
- BASE DE DATOS ESTATAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD DEL IMSERSO actualizada a 31/12/2013. Subdirección General de Planificación, Ordenación y Evaluación. Madrid. IMSERSO. Consultado en <http://bit.ly/2dlyJYM>
- CALERO, J., FONTCUBERTA, X., GARCÍA, A. (2015): Manual práctico de evaluación para políticas públicas en el ámbito de la discapacidad. *Colección CERMI-es, n° 69*. Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Consultado en <http://bit.ly/2cXoFmc>
- CALERO, J., FONTCUBERTA ESTRADA, X., GARCÍA, A. (2015): Manual práctico de evaluación para intervenciones del tercer sector en el ámbito de la discapacidad. *Colección CERMI-es, n° 70*. Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Consultado en <http://bit.ly/2d3UWZF>
- DE LORENZO, R. (2015): «La Convención, un desafío inaplazable», en ALCÁIN, E. (Dir.). *La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con discapacidad: de los Derechos a los Hechos*. Tirant lo Blanch. Consultado en <http://bit.ly/2ddM6We>
- DIRECCIÓ GENERAL DE SERVEIS SOCIALS. (1987): «Plan Económico Valenciano II: Plan Cuatrenial Servicios Sociales». Conselleria de Treball i Seguretat Social. Generalitat Valenciana.
- DIRECCIÓ GENERAL DE SERVEIS SOCIALS. (1991): «Mapificación de los Servicios Sociales en la Comunidad Valenciana». Conselleria de Treball i Seguretat Social. Generalitat Valenciana.
- DIRECCIÓN GENERAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL DE DISCAPACITADOS. 2003. *Guía de recursos para personas con discapacidad*. Conselleria de Bienestar Social Generalitat Valenciana
- FANTOVA, F. (2015): *Notas introductorias al seminario celebrado en Barcelona el 16/09/201*. Consultado en <http://www.fantova.net/?m=201509>
- FANTOVA F. (2015): *Las personas con discapacidad intelectual y sus familias ante el derecho a los SS.SS*. Consultado en <http://fantova.net/?p=1257>
- MARTÍNEZ-MARTÍNEZ, L. Y UCEDA-MAZA, F. X. (2015): «Las nuevas leyes de Servicios Sociales: propuesta para una nueva Ley de Servicios Sociales en la Comunidad Valenciana», en LLUCH, E., ESTEVE, E. Y HORTAL, B (eds.): *¿Recuperación? Enfoque agregado versus enfoque de la Privación. Análisis y Perspectivas Comunidad Valenciana*. Valencia. FOESSA.
- MEMBRADO, J.C. (2013): «Ordenación Territorial». *Investigaciones Geográficas*, 59, Pp. 5-24.
- MONRÓS, M^a J. (coord.). (2012): *Cartera de Servicios de Trabajo Social Sanitario de la CV, Servicio de atención al Paciente Crónico y de Hospitales de Media y Larga estancia*. Valencia. Dirección General de Ordenación y Asistencia Sanitaria, Conselleria de Sanitat.

- SÍNDIC DE GREUGES. (2013): *Respuesta a la Queja 1211322: Situación de los SS.SS Generales en la CV. Consultado en <http://bit.ly/2dlEc1V>*
- UCEDA-MAZA, F. X., DOMÍNGUEZ, F.J. Y MARTÍNEZ-MARTÍNEZ, L. (2015): «Servicios Sociales en la C.V.: el actual modelo valenciano y una nueva agenda de construcción de un modelo de derechos sociales». *Alternativas*, 22, Pp. 93-121.
- UCEDA-MAZA, F. X. Y MARTÍNEZ-MARTÍNEZ, L. (2015): «Servicios Sociales Municipales en la Comunitat Valenciana», en ROMERO, J. Y BOIX, A. (eds.). *Democracia desde abajo. Nueva agenda para el gobierno local*. Valencia. PUV.

Referencias normativas

- Ley 13/1982, de siete de abril, de Integración Social de Minusválidos (LISMI)
- Ley 26/2011, de 1 de agosto, de los derechos de las personas con discapacidad y su inclusión social
- Ley 7/1985, de 2 de abril, reguladora de las bases del régimen local
- Ley 5/1989, de 25 de junio, de la Generalitat Valenciana, por la que se regula el Sistema de Servicios Sociales en el Ámbito de la Comunidad Valenciana (derogada por la Ley 5/1997)
- Ley 5/1997, de 25 de junio, de la Generalitat Valenciana, por la que se regula el Sistema de Servicios Sociales en el Ámbito de la Comunidad Valenciana
- Ley 11/2003, de 10 de abril, de la Generalitat, sobre el Estatuto de las Personas con Discapacidad (EVPcDD)
- Ley 4/2012, de 15 de octubre, por la que se aprueba la Carta de Derechos Sociales de la Comunitat Valenciana
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (LPAPASD)
- Real Decreto-Ley 36/1978, de 16 de noviembre, sobre gestión institucional de la Seguridad Social, la Salud y el Empleo, para la gestión de los servicios complementarios de las prestaciones del Sistema de la Seguridad Social, procede a la unificación en el Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO)
- Real Decreto Legislativo 1/2013 texto refundido Ley General de los Derechos de las PCD y de su inclusión social
- Decreto 72/1987, de 25 de mayo, del Consell de la Generalitat Valenciana, por el que se establece el Plan de Ordenación de los Servicios Sociales en la Comunidad Valenciana
- Decreto 5/2000 que crea la Comisión Interdepartamental para la Integración Social de las PcDD
- Decreto 90/2002, de 30 de mayo, del Gobierno Valenciano, sobre control de la calidad de los centros y servicios de acción social y entidades evaluadoras de la misma, en la Comunidad Valenciana
- Decreto 91/2002, de 30 de mayo, del Gobierno Valenciano, sobre Registro de los Titulares de Actividades de Acción Social, y de Registro y Autorización de

Funcionamiento de los Servicios y Centros de Acción Social, en la Comunitat Valenciana

- Decreto 182/2006, de 1 de diciembre, del Consell, por el que se establecen las condiciones y los requisitos específicos para la autorización de las Viviendas Tuteladas para personas con discapacidad o con enfermedad mental crónica
- Decreto 125/2001, de 10 de julio, del Gobierno Valenciano, por el que se constituye la entidad de Derecho público Instituto Valenciano de Atención a los Discapacitados (IVADIS)
- Decreto 7/2013 por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Instituto Valenciano de Acción Social (IVAS).
- Orden 9 de abril 1990 de la Conselleria por la que se desarrolla el Decreto 40/1990 sobre registro, autorización y acreditación de los SS.SS
- Orden de 21 de septiembre de 2001, de la Conselleria de Bienestar Social, por la que se regulan las condiciones y requisitos de funcionamiento de los Centros de estimulación Precoz para el tratamiento y rehabilitación de las personas de 0 a 3 años
- Orden de 18 de febrero de 2010, de la Conselleria de Benestar Social, de modificación de l'Ordre de 9 d'abril de 1990, de la Conselleria de Treball y Seguretat Social, por la cual se desarrolla el Decreto 40/1990, de 26 de febrero, del Consell de la Generalitat Valenciana, sobre registro, autorización y acreditación de los Servicios Sociales de la Comunitat Valenciana.
- Resolución de 2 de diciembre de 2008, de la Secretaría de Estado de Política Social, Familias y Atención a la Dependencia y a la Discapacidad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre criterios comunes de acreditación para garantizar la calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia

5 Los Servicios Sociales para la Salud Mental

Gloria María Caravantes López de Lerma
Lucía Martínez-Martínez

1. Introducción

En el presente capítulo, se profundiza acerca de la situación, regulación normativa, articulación de recursos y servicios socio-sanitarios, así como el proceso de desarrollo del ámbito de la salud mental en la Comunidad Valenciana tras la Reforma Psiquiátrica en la década de los ochenta. De este modo, el capítulo está estructurado en primer lugar, por la ordenación actual en el sector de la salud mental donde se realiza un recorrido legislativo de las sucesivas referencias normativas en la Comunidad Valenciana. Seguidamente, se procede al análisis de la cuestión realizando aportaciones cuantitativas en cuanto a titularidad de los recursos y servicios, tipo de gestión, etcétera. En tercer lugar, se analizan los modelos de salud mental desarrollados en Cataluña y en País Vasco, puesto que ambos suponen un referente a nivel nacional en dicho ámbito. Por último, el capítulo concluye con un catálogo de propuestas de acción donde la relevancia de desarrollar una atención integral y de carácter comunitario en salud mental, suponen las claves para el desarrollo de un modelo valenciano de calidad.

Para la contextualización de *salud mental*, tomaremos como referencia la aportada por la Organización Mundial de la Salud¹, entendiéndola como: «estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad». Según datos de la misma, el 12'5% de la población mundial padece severos trastornos mentales y neurológicos. La literatura existente sobre el tema sitúa la prevalencia de *trastornos mentales comunes* en España entre el 18% y el 44% de la población española (Gutiérrez *et al.* 2011)², otros estudios los sitúan en torno a una media del 20% de la población española (Haro *et al.* 2006)³.

1. En adelante OMS.

2. Estudio sobre *Trastornos mentales en pacientes de atención especializada en el ámbito extrahospitalario español*.

3. Estudio sobre la *Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España 2005*. Cifra más utilizada en todos los estudios sobre el tema.

No obstante, ciertos estudios sobre la salud mental consideran que tanto la salud como la enfermedad mental, son un continuum en el que aparecen reflejados diferentes grados de deterioro psicológico o niveles de bienestar (FEAFES, 2008).

Asimismo, la aparición de la enfermedad mental viene condicionada por múltiples procesos de causa-efecto donde confluyen tres tipos de factores: factores sociales (entorno social y familiar, cultura...), psicológicos (aprendizaje, vivencias de la persona...) y biológicos (lesiones cerebrales, del metabolismo, predisposición genética...) (García-Calabrés, 2010). Según refiere la OMS (2004), la acumulación de factores de riesgo frente a la falta de factores de protección (de índole familiar, social, individual, ambiental...) pueden derivar en el desarrollo de una condición mentalmente saludable a una con mayor vulnerabilidad. En este sentido, enfermedad mental se define como: «alteración de tipo emocional, cognitivo y/o comportamiento, en que quedan afectados procesos psicológicos básicos como son la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, la sensación, el aprendizaje, el lenguaje, etcétera».

A partir de la clasificación Internacional CIE-10 y del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV, a *grosso modo* podemos identificar las siguientes tipologías de trastornos mentales: trastornos del estado de ánimo y de personalidad (trastorno bipolar, trastorno obsesivo-compulsivo...); trastornos orgánicos cerebrales (Alzheimer, Parkinson, esclerosis múltiple...); y los trastornos psicóticos (esquizofrenia, trastornos maniaco-depresivos, trastornos paranoides...). Mención aparte requieren éstos últimos ya que la enfermedad mental crónica no se reduce únicamente a los síntomas psicopatológicos, sino que también tienden a ser afectados otros aspectos del desarrollo psicosocial autónomo y de su participación en la comunidad. En este caso, las personas con patologías mentales presentan mayor riesgo de desventaja social en lo que se refiere a: desempleo, pobreza, aislamiento social, rechazo y estigma, y en algunos casos, falta de vivienda (Rodríguez, 2003, 24). En España, según el Ministerio de Sanidad y Consumo, la prevalencia de la enfermedad mental crónica se sitúa en torno al 9% de la población en un año –prevalencia año–, excluyendo los trastornos causados por el uso indebido de sustancias, y cerca 15% de la población lo padecerá a lo largo de su vida –prevalencia-vida–. Por ello, se destacan las intervenciones preventivas en salud mental para reforzar los factores de protección e irrumpir los procesos de disfunción mental (Espino et al., 2007).

En el marco de la Comunidad Valenciana, el desarrollo de la red pública de salud mental sufre importantes desequilibrios, por lo que la creación de recursos y servicios desde el ámbito privado no ha favorecido la recuperación y la atención a los enfermos mentales, según refiere AEN-PV (2009)⁴. Del mismo modo, desde los Servicios Sociales Especializados, tampoco se ha logrado la cobertura de

4. Asociación Española de Neuropsiquiatría-Profesionales de la Salud Mental del País Valenciano. Véase Brotons, E. (2009, 15 de febrero). Los psiquiatras critican el déficit en salud mental con residencias que no reinseran a los enfermos, *Las Provincias*. Recuperado el 01/09/2016 en <http://bit.ly/2bH3c0r>

las necesidades específicas del colectivo afectado en cuanto a: acompañamientos, recursos y servicios alternativos de carácter socio-sanitario, recursos técnicos, materiales y humanos necesarios y desarrollo de una planificación estratégica entre otras cuestiones. Ésta última, resulta de gran relevancia a la hora de determinar unos objetivos de intervención basados en datos significativos en el área de la salud mental junto con la filosofía de unos criterios sólidos en su formulación.

2. La ordenación actual: situación legal, su ordenación

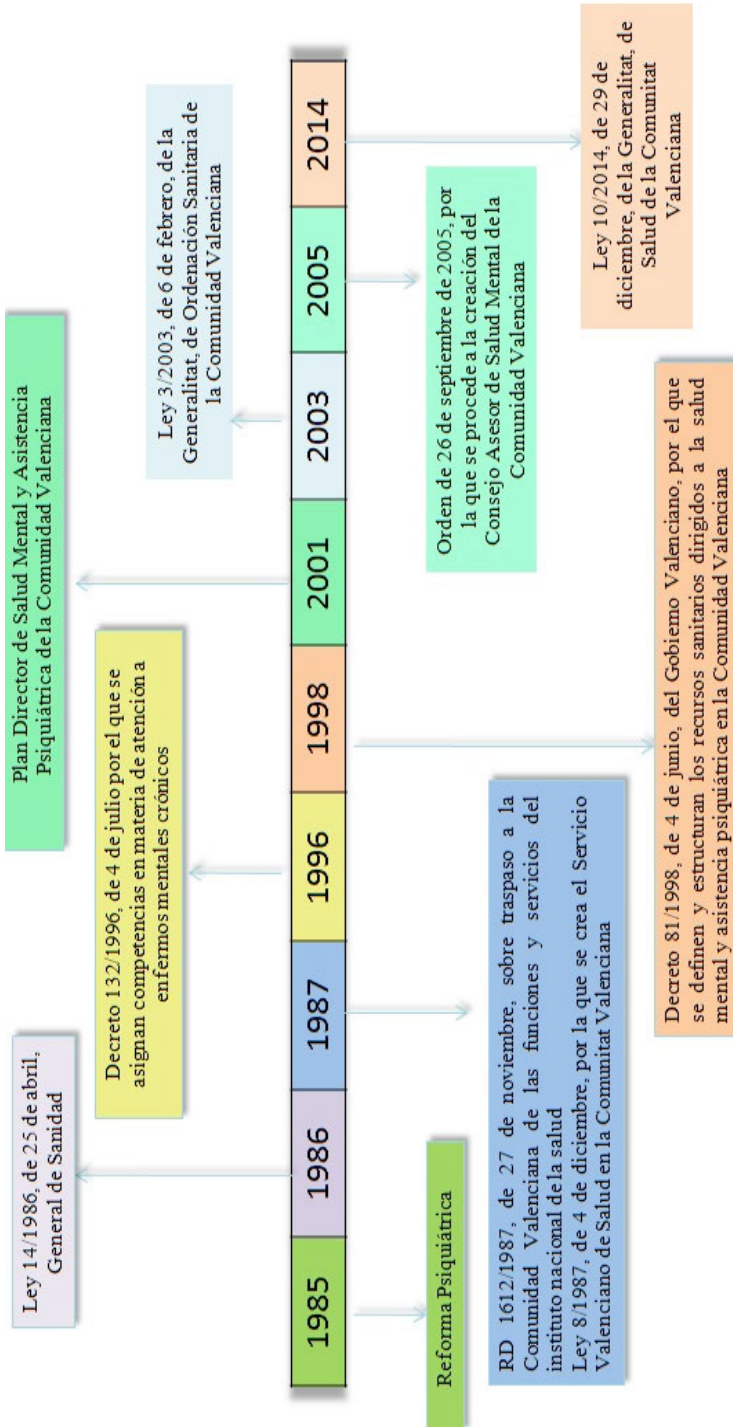
A partir de la deshospitalización psiquiátrica en la década de los ochenta, en España se produjeron diferentes procesos de reforma en el área de salud mental (Carmona y del Río, 2011). Con la Reforma Psiquiátrica de 1985, las diferentes Comunidades Autónomas desarrollaron modelos de asistencia sanitaria muy dispares entre sí, por lo que, en la actualidad, recursos sociales, datos de cobertura y ubicación son igualmente diferentes.

En esta época, las políticas sociales del Estado estaban marcadas por el «*familiarismo*», donde la familia ejercía una función clave en el mantenimiento del orden social frente a las nociones de justicia social (Felipe, 2004). No obstante, supone un punto determinante en la trayectoria histórica del ámbito de la salud mental la desinstitucionalización psiquiátrica como etapa de inicio, recorrido y posteriores resultados obtenidos en las diferentes regiones.

En algunas regiones como la Comunidad Foral de Navarra, Asturias y Andalucía se han sustituido los antiguos hospitales psiquiátricos por un compendio de recursos y servicios sanitarios y sociales de carácter comunitario: unidades de hospitalización en salud mental, centros de salud mental comunitarios⁵, comunidades terapéuticas y hospitales de día entre otros. Sin embargo, en palabras de (Carmona y del Río, 2011, 329) en otras regiones: «se ha apostado por una mejora de las condiciones asistenciales, estructurales y el respeto a los derechos humanos en los hospitales psiquiátricos, coexistiendo con dispositivos comunitarios de nueva creación».

En lo que concierne a la Comunidad Valenciana, la trayectoria de la normativa legislativa ha influido notablemente en la actual configuración del área de salud mental. Para un análisis en profundidad de dicha trayectoria, adjuntamos la siguiente línea del tiempo respecto a la legislación estatal y autonómica más relevante en el tema que nos ocupa:

5. También denominados *equipos de salud mental de distrito* (Carmona y del Río, 2011).



La vigencia de las normas reflejadas en la línea del tiempo previa⁶, denotan una falta de actualización legislativa en el ámbito de la salud mental como indicaremos a continuación.

Para comprender la situación actual en la Comunidad Valenciana y en el resto de Comunidades Autónomas, cabe hacer referencia a una *primera fase* de gran relevancia en el marco legislativo a nivel nacional en el periodo 1983-1986; y una *segunda fase*, donde las diferentes CC.AA. juegan un papel protagonista en el área de la salud mental en la etapa de 1986 a 1990.

2.1. Periodo 1983-1986: Primera fase

En el Informe de la Comisión Ministerial 1983, se establecieron programas de actuación específica para: menores, personas con trastornos psíquicos derivados del consumo de estupefacientes, penados y ancianos. Tras más de treinta años, continúan vigentes las necesidades y actuaciones prioritarias a estos colectivos, con el agregado del colectivo migrante. Asimismo, entre las recomendaciones más significativas de dicho Informe se incluía tanto la protección jurídica de los internamientos contra la voluntad de las personas y los internamientos indefinidos en manicomios, así como el reconocimiento de los derechos civiles del enfermo mental (Espino, 2005).

Por otro lado, uno de los objetivos prioritarios de la Reforma Psiquiátrica (1985) fue la transformación de los hospitales psiquiátricos con el desarrollo de recursos y acciones en salud mental dentro del área de la salud. De esta manera, la salud mental se extendía a la atención primaria, promoviendo una organización de nivel especializado frente a la jerárquica estructura anterior de los hospitales psiquiátricos tradicionales (Menéndez, 2005, 71).

Todo ello tuvo gran relevancia en la posterior promulgación de la *Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad*. A partir de este momento, se integra la salud mental en el Sistema Sanitario General en su Capítulo III, artículo 20; donde se contempla:

- I. El reconocimiento de la asistencia sanitaria en el ámbito de la salud mental y atención en el ámbito comunitario
- II. Relevancia de la Psiquiatría Infantil y Psicogeriátrica
- III. Hospitalización en Unidades Psiquiátricas de los Hospitales Generales
- IV. Creación de servicios de rehabilitación y reinserción social
- V. Coordinación de los servicios de salud mental y los Servicios Sociales

La cuestión de gran relevancia en este periodo, es el reconocimiento del derecho a la protección a la salud y a la atención sanitaria en materia de salud mental,

6. A excepción de la Ley 8/1987, de 4 de diciembre por la que se crea el Servicio Valenciano de Salud y de los puntos 9, 10 y 11 del epígrafe IV del Acuerdo de 1995 del Gobierno Valenciano en materia socio-sanitaria.

equiparada con las condiciones de quienes precisen de recursos asistenciales de carácter ambulatorio y de los sistemas de hospitalización parcial y de la atención a domicilio (Carmona y del Río, 2011).

2.2. Periodo 1986-1990: Segunda fase

Tras la implantación de la Ley 14/1986, se sucedieron las disposiciones legislativas a nivel autonómico para el desarrollo de las competencias propias de salud mental en los diferentes ámbitos territoriales.

En el caso de la Comunidad Valenciana, ese mismo año se aprobó el *Decreto 148/1986, de 24 de noviembre del Consell de la Generalitat Valenciana, por el que se regula la prestación de servicios en materia de salud mental en la Comunidad Valenciana*; que suprime el carácter discriminatorio que hasta el momento había tenido la salud mental. En este caso, se contempla la atención a la salud mental como aquel: «conjunto de actividades dirigidas a la promoción y asistencia a la misma» integrada en el Servicio Valenciano de Salud y cuya función corresponde a los Equipos de Atención Primaria. Además, también se incluye la creación unidades especializadas de apoyo a la atención primaria, es decir, Centros de Salud Mental⁷.

Junto con esta disposición, el *Real Decreto 1612/1987, de 27 de noviembre, sobre traspaso a la Comunidad Valenciana de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud*, estableció la asunción de las competencias, servicios, instituciones y medios personales, materiales y presupuestarios propios de las funciones del Instituto Nacional de Salud. Posterior a ello, el *Acuerdo de 16 de mayo de 1995, del Gobierno Valenciano en materia socio-sanitaria* fue derogado por el *Decreto 132/1996, de 4 de julio por el que se asignan competencias en materia de atención a enfermos mentales crónicos*. En este caso, se establece que la atención psiquiátrica y psicológica (incluyendo diagnóstico, tratamiento y rehabilitación) dependerá de los servicios competentes de la Conselleria de Sanidad y Consumo de la Comunidad Valenciana. No obstante, en la asunción de competencias, únicamente se hace alusión a la potenciación de recursos de carácter asistencial en el nivel ambulatorio, obviando en cierta medida la dimensión social de las patologías mentales crónicas.

Paralelamente, la coordinación en el área de salud mental que el *Decreto 132/1996* establecía entre la Conselleria de Sanidad y la Conselleria de Bienestar Social con la ya derogada *Ley 5/1989, de 6 de julio, de Servicios Sociales de la Comunidad Valenciana*, fue asumida por la *Ley 5/1997, de 25 de junio, por la*

7. Dependientes del Centro de Salud Comunitaria que corresponda por demarcación territorial.

que se regula el sistema de Servicios Sociales de la Comunidad Valenciana en su artículo 33.2⁸.

Seguidamente, la *Orden de 3 de febrero de 1997, que desarrolla la tipología de recursos de atención a enfermos mentales*, detalla en profundidad los diferentes recursos y servicios de apoyo en salud mental: Centros de Rehabilitación e Integración Social (CRIS), Centros Específicos para Enfermos Mentales Crónicos (CEEM), Centros de Día (CD) y Centros de Salud Mental.

Por otra parte, la relevancia de la dimensión social junto con los aspectos sanitarios, para la consecución de la rehabilitación e integración psicosocial lo más plena posible no aparece contemplada hasta la aprobación del *Decreto 81/1998 de 4 de junio, del Gobierno Valenciano, por el que se definen y estructuran los recursos sanitarios dirigidos a la salud mental y asistencia psiquiátrica en la Comunidad Valenciana*.

El compendio de todas las fuentes legislativas previamente señaladas, proporcionan la regulación del esquema actual en materia de salud mental. No obstante, la falta de actualización y estructuración, genera un panorama de desestructuración legislativa en el área que nos ocupa. Hasta el momento, no se ha generado ningún tipo de norma ni disposición alguna que vertebre y aúne las cuestiones más relevantes en este ámbito.

En el año 2001, se aprobó el *Plan Director de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de la Comunidad Valenciana (2001-2004)* con la finalidad de suplir con una concepción integral los actuales desequilibrios sin obviar, los logros asistenciales del *Informe de la Comisión Ministerial (1983)* ni la filosofía de la *Ley de Sanidad (1986)*. Entre los objetivos principales, se destaca la organización y posterior evaluación de la asistencia psiquiátrica y de salud mental en la Comunidad Valenciana. Entre los objetivos específicos para la consecución de tal objetivo, se encuentran entre los más significativos: crear una red socio-sanitaria integral e integrada, articular y coordinar el conjunto de servicios, establecer servicios de inserción laboral, ocupacional y social, promover la dignidad de quienes padecen enfermedades mentales y ayudar a las familias a través de programas específicos, entre otros. Para la evaluación de tales objetivos, el Plan Director establece un conjunto de indicadores de escasa trascendencia con diferentes ítems respecto a: resultados, datos conjuntos, cobertura diagnóstica, de seguimiento y de utilización de servicios.

Sin embargo, hasta el momento no se ha elaborado un sistema de calidad que permita fehacientemente determinar y evaluar los objetivos alcanzados, distribución de recursos, modalidades de gestión del sistema, titularidad, planificación en función de las necesidades de la población, etcétera⁹.

8. «En coordinación con la Conselleria de Sanidad, la Conselleria de Bienestar Social aportará los centros y equipamientos previstos en el Plan de Salud Mental de la Comunidad Valenciana».

9. En el último Informe Especial del Síndic de Greuges (2016, 98), detalla un apartado específico respecto a la tipología de recursos residenciales. En este caso, se detalla la confusión

Posterior a la aprobación del Plan Director, no se han hallado planes y actuaciones de alto calado en el área de la salud mental. La única excepción la encontramos en la *Orden de 26 de septiembre de 2005, por la que se procede a la creación del Consejo Asesor de Salud Mental de la Comunidad Valenciana*¹⁰.

3. Análisis de la cuestión

Partiendo de la situación y ordenación legislativa anterior, el análisis en el área de salud mental en la Comunidad Valenciana, del mismo modo que sucede con el ámbito de los Servicios Sociales Generales, carece de relevancia en cuanto a su desarrollo.

En este sentido, no existen en el marco de la Comunitat Valenciana documentos oficiales u «oficiosos»¹¹, elaborados por la Administración o entidades sociales que ordenen el sistema, contemplando como elemento fundamental el territorio, lo que hace que se desconozcan los criterios seguidos por la Administración para la ubicación en un determinado territorio (comarca, municipio, barrio) de un servicio o recurso a pesar de lo establecido en la legislación.

Uceda-Maza y García (2010), realizan un análisis de las investigaciones publicadas sobre los Servicios Sociales Valencianos [(Felipe, 2004); (Belis y Lillo, 2007); (Jabbad, 2008) y (Barriga Brezmes, García Herrero y Ramírez, 2010)] siendo la conclusión que, son los menos desarrollados del Estado, con menor financiación por habitante y de marcado carácter asistencial. Posteriormente y corroborando estos hallazgos se publica el Índice de Desarrollo de los Servicios Sociales 2013 (Índice DEC)¹², que sitúa a la Comunitat Valenciana en el último puesto de desarrollo del sistema del conjunto de Comunidades Autónomas, calificando el sistema valenciano como «irrelevante»¹³. Asimismo, el conjunto de las investigaciones citadas señala la carencia de datos sobre la cobertura, distribución de recursos, titularidad, modalidad de gestión del sistema... siendo imposible determinar desde que parámetros la Generalitat Valenciana decide la creación o supresión de servicios, su ubicación en una comarca u otra, o la forma de gestión.

Ante esta situación de inexistencia de datos sobre el Sistema de Servicios Sociales Valenciano en su conjunto, se procedió a realizar la investigación *El sistema de Servicios Sociales ante la crisis económica: retos, desafíos y territorio*.

actual en cuanto a la normativa que regula el funcionamiento, dotaciones de habitabilidad y personal de los centros que atienden a personas con problemas de salud mental.

10. Órgano de carácter consultivo que tiene la finalidad de actuar como nexo coordinador de la participación social de los agentes implicados en materia de salud mental: Administraciones públicas, profesionales (médicos, psicólogos, enfermería y Trabajo Social), asociaciones de enfermos y sociedades científicas.

11. El único documento es la mapificación del año 1991.

12. Realizado por la Asociación de Directores y Gerentes de Servicios Sociales.

13. Véase página 109 del Índice DEC 2013.

*El caso de la provincia de Valencia*¹⁴, cuyos resultados se exponen en el conjunto de este libro, y solo referidos a la provincia de Valencia, ya que el conjunto del País Valenciano excedía a las posibilidades de los medios del equipo investigador.

Uno de los objetivos de esta investigación era analizar la situación del conjunto de los recursos de los Servicios Sociales especializados de la provincia de Valencia, mediante una minuciosa búsqueda desde todas las fuentes de información posibles y comprobación de los datos obtenidos mediante entrevista telefónica. Este análisis se basaba en conocer según la tipología de los recursos los siguientes ítems: número de recursos; titularidad de los mismos; tipología de su gestión; número de plazas y forma de acceso a las mismas.

Los datos obtenidos sobre el sector de enfermos mentales en lo que afecta a los Servicios Sociales se exponen a continuación:

Tabla 1. Recursos para Enfermos Mentales: titularidad, gestión y plazas

Recurso	Titularidad			Tipología de la Gestión				Nº de plazas y acceso a ellas		
	Pública	Privada	Total	3 ^{er} Sector	Pública	Privada	Total	Pública	Privada	Total
CEEM	1	18	19	1	0	18	19	932	52	984
VT	2	13	15	9	2	4	15	94	0	94
CD	1	6	7	5	0	2	7	135	0	135
CRIS	2	4	6	4	0	2	6	415	0	415
Total	6	41	47	19	2	26	47	1576	52	1628

Fuente: El sistema de Servicios Sociales ante la crisis económica: retos, desafíos y territorio (2014)

Para poder analizar *a grosso modo* si el número de recursos sociales de salud mental es suficiente para atender al 9% de la población que padecerá trastorno mental grave (TMG) en un año, se ha realizado un análisis de la población de la provincia de Valencia¹⁵ que asciende a 2.566.474 habitantes, por lo que el 9% de esta población susceptible de usar alguna tipología de plaza en los recursos sociales de salud mental¹⁶ en un año, sería de 230.983 personas, cifra muy lejana a los datos que arroja esta investigación y que cifra en 1.628 las plazas¹⁷ de atención social de todo tipo. Realizada una lectura paralela de estos datos se observa que

14. Investigación financiada por la Universidad de Valencia (UV-INV-PRECOMP12-82190)

15. A fecha 1/1/2013 y según datos del INE

16. Planteamos que la atención al TMG debe tener en todos los casos el uso de algún recurso social para completar una atención digna a la enfermedad, y aunque somos conscientes de que se podrían utilizar otros recursos diferentes, por ejemplo SAD, trabajamos con las tipologías y las cifras existentes sobre recursos sociales especializados del sector.

17. Ver la tabla: *Recursos para Enfermos Mentales: titularidad, gestión y plazas*

solo el 0.70% de la potencial población que necesitaría recursos sociales de salud mental en un año, puede disponer de ellos, es decir, más del 99% de las personas con TMG no tienen apoyos sociales especializados.

Analizando otras fuentes vemos que el *Plan director de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de la Comunidad Valencia* (2001) realizó la estimación de necesidades de plazas en determinados recursos sociales que se presenta a continuación:

Tabla 2. Estimación de necesidades de plazas de rehabilitación*

Recomendaciones sociedades científicas	Plazas/ 100.000 habitantes
CRIS (<i>incluye CD y reinserción</i>)	55
CEEM	20
Residencias no específicas	20
Pisos tutelados	20
Otras alternativas: pensiones, casa de transición, etc.	5
Previsión CRIS 2004	56.25
Previsión camas CEEM 2004	23.5
Otros recursos	En función de las necesidades, de forma orientativa se asumen los recomendados por las Sociedades Científicas
* Adaptado de <i>Hacia una comunitaria de salud mental de calidad</i> . AEN. Madrid. 2000.	

Fuente: Tabla de la pág. 32 del Plan director de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de la Comunidad Valencia (2001)

Una comparativa entre datos de esta tabla de estimaciones de necesidad de recursos en salud mental según nº de población frente a los datos obtenidos en nuestra investigación nos indica que deberían existir 1411¹⁸ plazas de CRIS y CD, y existen en realidad 550 plazas¹⁹, es decir sobre un 60% menos de lo que debería. Las plazas de pisos tutelados deberían ascender a 513²⁰ y son en la realidad 94²¹, es decir, solo el 18% de las estimadas como necesarias. Estos datos indican que los

18. Nº de plazas x 100.000 habitantes en referencia a la población a fecha 1/1/2013.

19. Datos de la tabla: *Recursos para Enfermos Mentales: titularidad, gestión y plazas*.

20. Nº de plazas x 100.000 habitantes en referencia a la población a fecha 1/1/2013.

21. Datos de la tabla: *Recursos para Enfermos Mentales: titularidad, gestión y plazas*

recursos más integradores y comunitarios²², de gestión realizada prioritariamente por el tercer sector²³, presentan un menor desarrollo al estimado como necesario.

Ello puede ser debido a múltiples debilidades: preferencias familiares, confianza en la utilidad del recurso, etc. pero sobre todo destacando entre ellas la incertidumbre de la financiación, sujeta a subvenciones anuales que han sido variables y a la baja en esta última década, y la no contemplación de la asistencia a estos recursos como derecho subjetivo²⁴. Todo ello hace que las empresas de la iniciativa social, principales titulares de estos recursos comunitarios, no hayan creado más plazas debido a su baja capacidad de crédito y liquidez que nos les permite arriesgarse frente a la volubilidad y graciabilidad de la Conselleria de Bienestar Social. Ante la incertidumbre de financiación²⁵ y el escaso margen de beneficios económicos de estos recursos, la empresa privada no presenta interés en su desarrollo.

Sobre los recursos de CEEM y residencias no específicas, deberían existir también unas 1027 plazas, y existen 984²⁶, es decir un 96% de lo previsto. Vemos que aquí se cumple casi el 100% de las previsiones y ello es debido a que este recurso sí que es un negocio atrayente para la empresa privada²⁷ ya que la subvención recibida por plaza es más adecuada a los costes de las mismas y el beneficio empresarial esperado por: la concentración de usuarios en las instalaciones; bajo número de personal de atención; utilización en muchos casos de personal sanitario y social y otros recursos públicos del municipio de instalación del centro; por su ubicación en suelos baratos (fuera de los núcleos urbanos); etc.

Las plazas de titularidad privadas son subvencionados con fondos públicos en un 94.7% de los casos²⁸, y se tiene bastante seguridad empresarial de percibirla ya que las empresas del sector son un *cuasi monopolio* que han tenido y todavía tienen mucho peso en la Generalitat Valenciana.

22. Los asistentes a CRIS y CD siguen viviendo en su entorno habitual y los pisos tutelados están instalados en medio urbano frente a los CEEM y residencias mixtas instaladas a las afueras de los municipios.

23. Entre CRIS, CD y viviendas tuteladas hay 28 centros de los cuales 18 son gestionados por el tercer sector, 2 son de gestión pública y 8 de empresa privada, siendo clarificador que de los de gestión privada ya 4 de ellos corresponden a viviendas tuteladas.

24. Cosa que si pasa, en principio, en las atenciones derivadas del sistema sanitario

25. La presencia del tercer sector de forma muy atomizada en la titularidad de los mismos ha provocado que la Generalitat no los haya tenido como un grupo de presión importante y por ello las ordenes de subvenciones han sido mantenidas durante más de 20 años en la misma cuantía y numero, y además sin estabilidad, ya que cada año había que solicitarlas y no se tenía la seguridad de recibirlas, es más, han utilizado estas órdenes de subvención como una espada de Damocles para el sector.

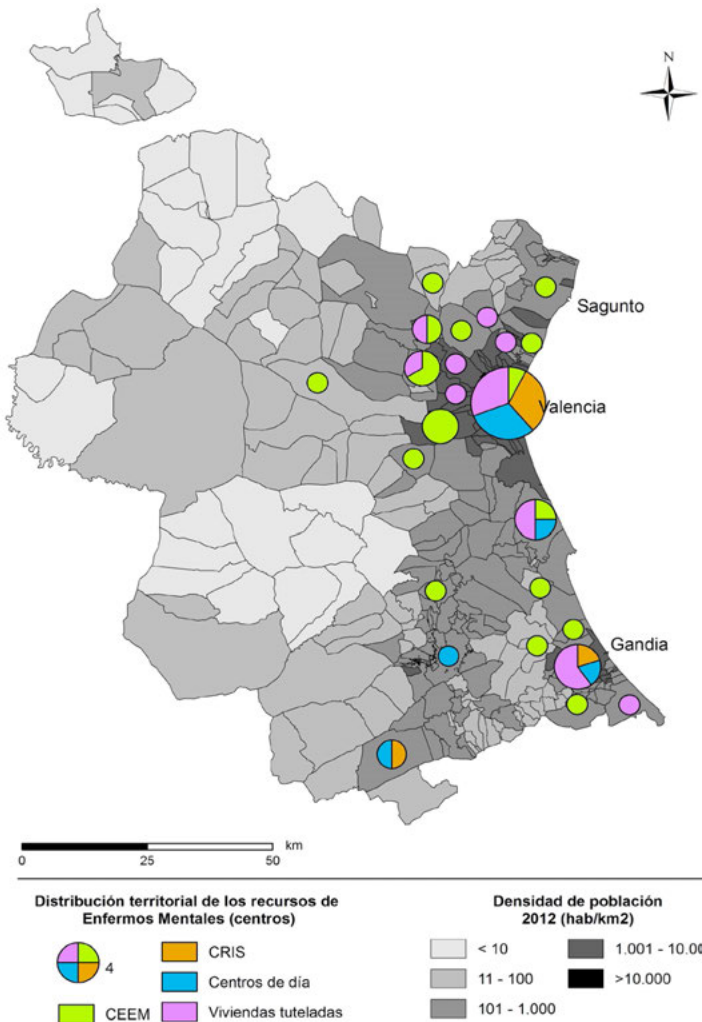
26. Datos de la tabla anterior: *Recursos para Enfermos Mentales: titularidad, gestión y plazas*

27. De los 19 centros existentes, 18 son de titularidad y gestión privada

28. Las cifras salen de la tabla nº 1 entre la combinación de titularidad de los recursos y forma de acceso a ellos.

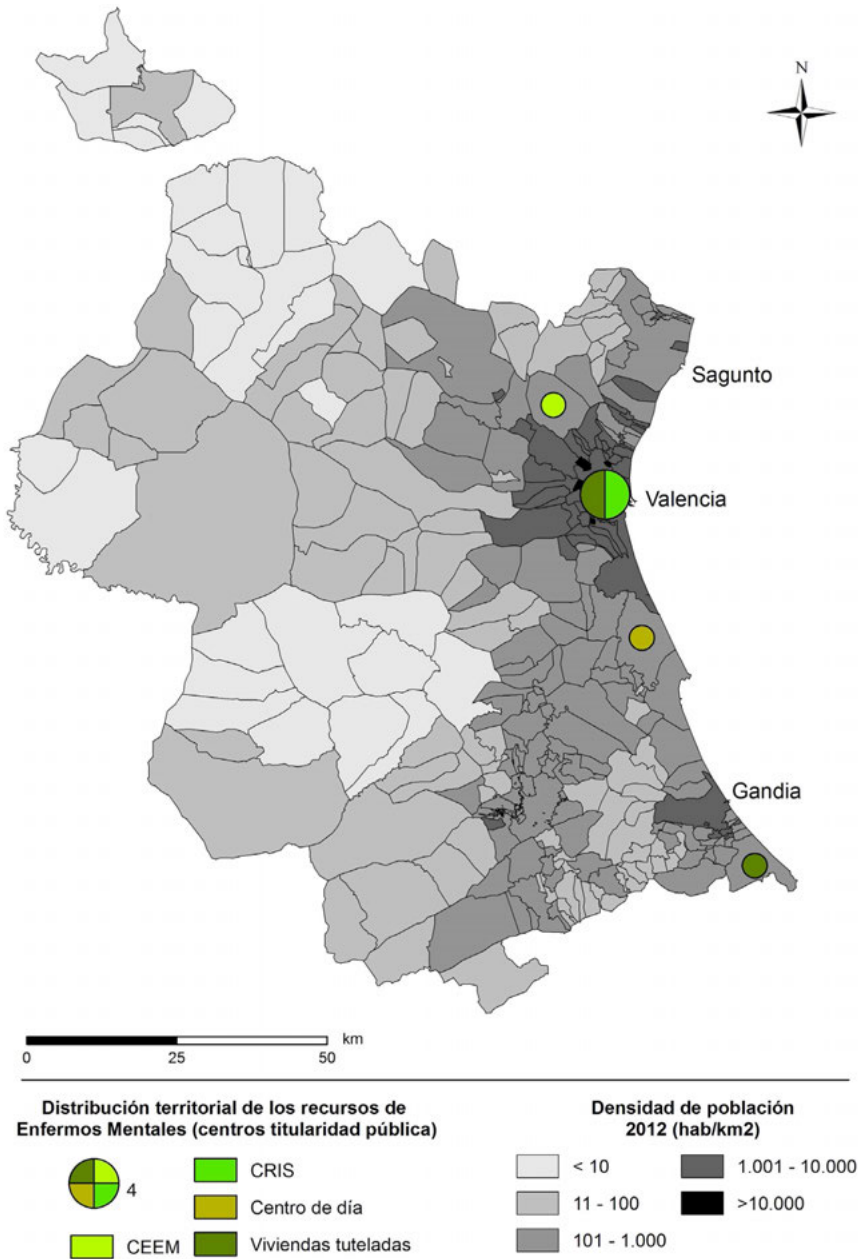
Respecto a la mapificación se muestran los mapas obtenidos de los datos de la tabla nº 1, donde se ha añadido a la representación territorial de la ubicación de los recursos la densidad poblacional (hab/km²) por municipios en tramada de grises. Esta *mapificación* consta de seis mapas que ubican los recursos en su génesis geográfica (por municipios) y con relación a las variables que ya se han explicado anteriormente: recursos y su tipología para la atención social a enfermos mentales, titularidad y tipo de gestión de los mismos.

Mapa 1: Distribución territorial, según tipología, de los recursos sociales para personas con enfermedad mental en la provincia de Valencia



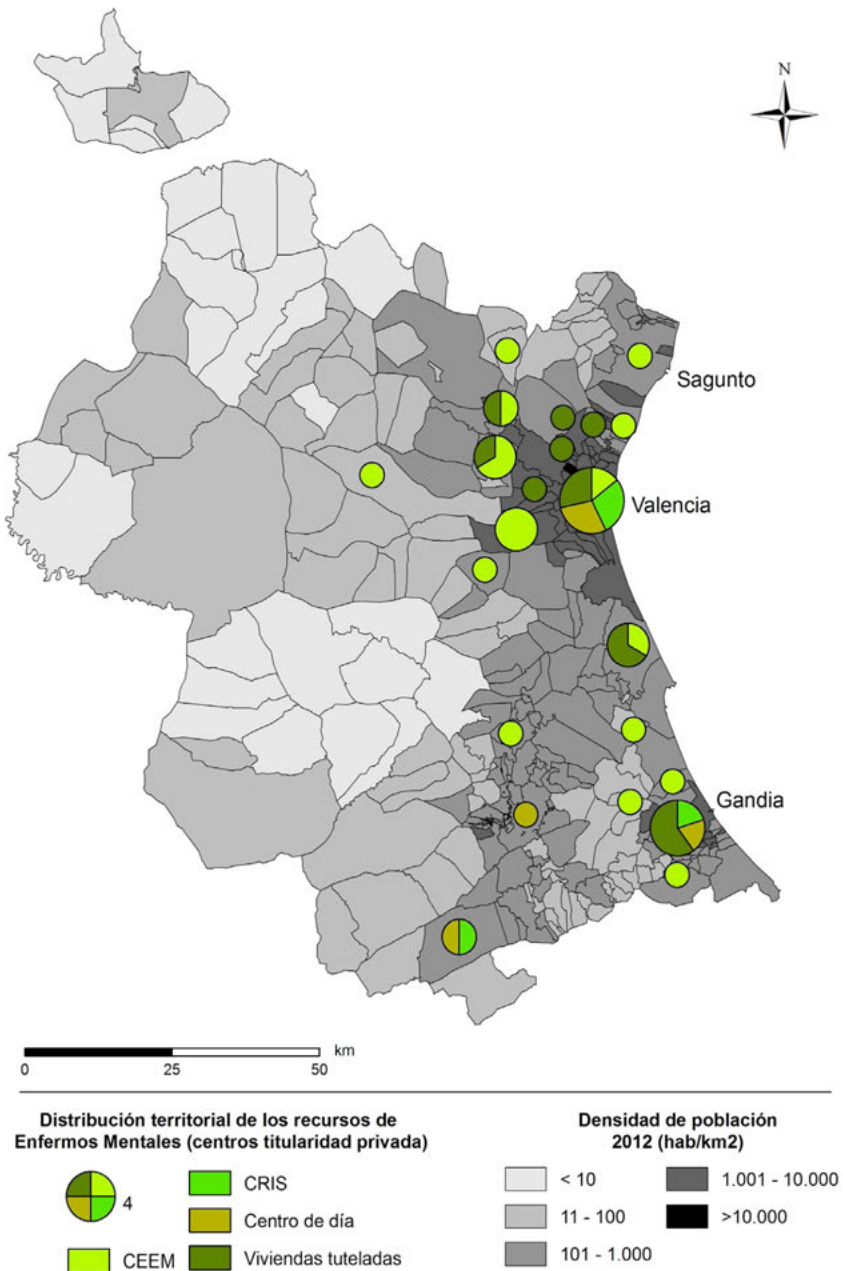
Fuente: El sistema de serveis socials davant la crisi econòmica (2014)

Mapa 2: Titularidad Pública de los recursos



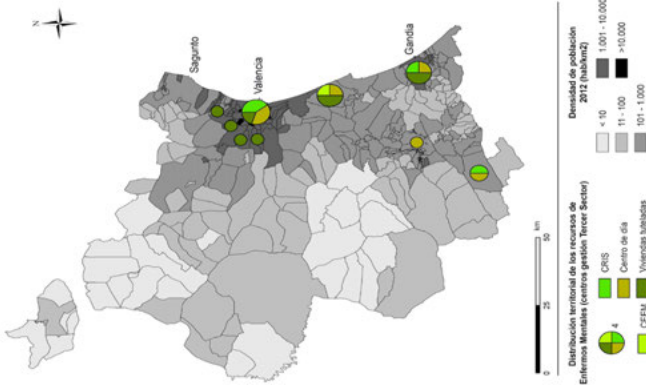
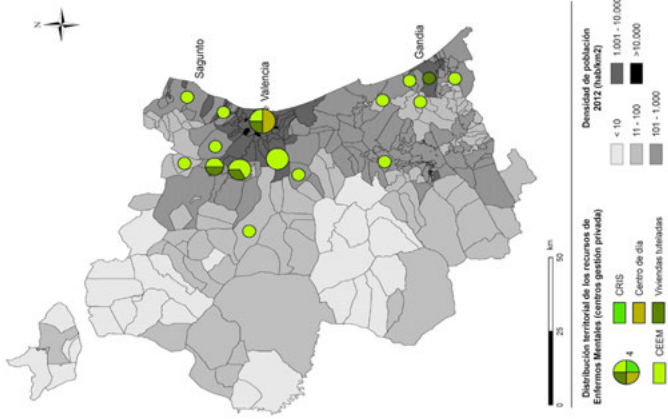
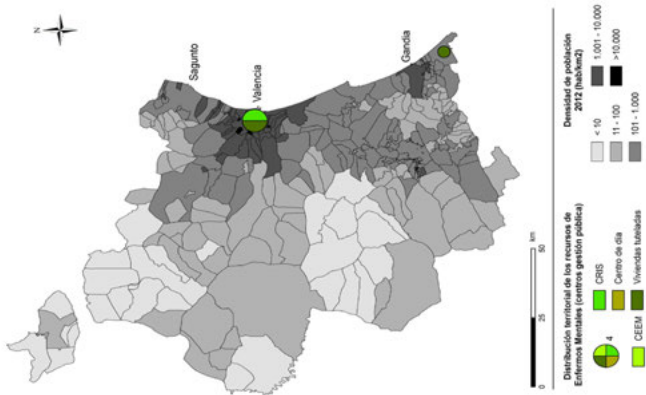
Fuente: El sistema de serveis socials davant la crisi econòmica (2014)

Mapa 3: Titularidad Privada de los recursos para enfermos mentales para enfermos mentales



Fuente: El sistema de serveis socials davant la crisi econòmica (2014)

Tipología de la Gestión de los Recursos Sociales para Enfermos Mentales en la provincia de Valencia
Mapa 4: Gestión pública
Mapa 5: Gestión privada
Mapa 6: Gestión tercer sector



Fuente: El sistema de serveis socials davant la crisi econòmica (2014)

Con respecto a la ubicación territorial de estos recursos de salud mental, se observa su lógica concentración en las zonas más densamente pobladas (área metropolitana de Valencia y zona conurbana de Gandía), pero presenta la paradoja de la inexistencia de cualquier tipo de recursos en las zonas del interior de la Comunidad Valenciana, de norte a sur; Rincón de Ademuz y Los Serranos, zona Utiel-Requena y Valle de Ayora y colindantes con escasos recursos, pero no así de necesidades. Es inasumible en cualquier planificación estratégica de servicios este vacío rural de los mismos, al igual que la casi existencia de ellos en zonas de alta densidad poblacional (Sagunto y su zona de influencia). También se observa que los CEEM son los recursos más dispersos por el territorio buscando el bajo precio del suelo y que los CRIS tienen su ubicación en Valencia Capital, Gandía y Ontinyent, no existiendo en el resto de municipios de la provincia, y siendo éste el recurso necesario por excelencia para la integración sociolaboral de este colectivo.

El Síndic de Greuges, en su último Informe Especial a les Corts Valencianes²⁹ (2016), concluye que la actual disposición geográfica de los recursos en salud mental, especialmente de los CEEM, no responde a las necesidades de los departamentos sanitarios y además, dificulta los procesos de rehabilitación e inserción del colectivo afectado.

Por otra parte, en su apartado sobre la planificación general, marco competencial y coordinación socio-sanitaria refiere las deficiencias del sistema actual en salud mental. En este sentido, la falta de planificación imposibilita el establecimiento de medidas, objetivos e indicadores de evaluación de procesos y resultados. Además, ante la deficiente coordinación se considera de vital importancia la constitución de una estructura única responsable que garantice la eficacia en la coordinación y gestión de los recursos.

En este *Informe del Síndic del 2016* realiza un análisis sobre el cumplimiento de las recomendaciones realizadas en el anterior *Informe del Síndic 2003*³⁰, tanto las realizadas directamente a la Conselleria de Sanidad como las realizadas a la Conselleria de Bienestar Social. En este sentido, de las treinta y dos recomendaciones establecidas en Informe, en la actualidad dieciséis han sido incumplidas, siete parcialmente cumplidas y únicamente ocho recomendaciones se han cumplido hasta el momento³¹.

A pesar de los esfuerzos de las diputaciones provinciales y de la Conselleria de Sanitat y de Bienestar Social, la situación actual no ha progresado de manera relevante en el ámbito de la salud mental, sino que prevalece un estancamiento en cuanto a las competencias propias de tales instituciones.

29. Atención residencial a personas con problemas de salud mental en la Comunitat Valenciana. Se puede consultar en <http://bit.ly/1XgJGZV>

30. Con referencia a la situación existente en el año 2002.

31. La recomendación restante hace referencia a una recomendación realizada al Ayuntamiento de Valencia cuya evaluación ha sido *no procede*.

4. Referencia con otras Comunidades Autónomas que sirvan de modelo

Tras la promulgación de la Ley General de Sanidad, las Comunidades Autónomas incrementaron su esfuerzo en el área de salud mental y tuvieron gran protagonismo en la transformación del modelo sanitario que se gestaba en cada ámbito territorial. No obstante, ante los escasos recursos técnicos y materiales, los resultados obtenidos por las mismas fueron muy limitados.

A continuación, tomaremos como referencia los modelos llevados a cabo por otras CC.AA., ya que como bien indicamos en el análisis de la ordenación actual, desde sus inicios el área de la salud mental ha sido disparmente diferente en trayectoria, configuración y posteriores resultados. Seguidamente, indicamos la cronología en cuanto al traspaso de competencias desde el gobierno central a las CC.AA.:

Tabla 3. Transferencias sanitarias por Comunidades Autónomas

Año del traspaso	Comunidad Autónoma
1981	Cataluña
1984	Andalucía
1987	País Vasco
	Comunidad Valenciana
1990	Galicia
	Comunidad Foral de Navarra
1994	Canarias
2001	Resto de CC.AA.

Fuente: Elaboración propia a partir de (Espino, 2005: 28): *La atención a la salud mental en España*

En este sentido, tomaremos como modelos los desarrollados por Cataluña y el País Vasco. En el primer caso, para el análisis de la trayectoria seguida por la primera CC.AA. en cuanto a la asunción de competencias; y en segundo lugar, para comparar el desarrollo en el área de salud mental en el País Vasco, puesto que las competencias asumidas por esta CC.AA. se iniciaron el mismo año que en la Comunidad Valenciana.

4.1. Cataluña: Plan Integral de Atención a las personas con trastornos mentales y adicciones (2014-2016)

Actualmente, Cataluña dispone del modelo más actualizado en lo que se refiere a: articulación de recursos y servicios desde la Administración Pública, vigencia

de un Plan Director de Salud Mental, asistencia social y servicios pre-laborales para personas con problemáticas derivadas de enfermedad mental, entre otras cuestiones.

La esencia de las líneas estratégicas que se están desarrollando a partir del Plan Integral, tiene su origen en la consideración de la salud mental como un reto transversal que únicamente puede ser abordado a partir de:

1. Incrementar las posibilidades de integración contribuyendo a la mejora de la salud mental y disminuyendo las desigualdades sociales asociadas a este colectivo
2. Incorporar estrategias transversales (promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención, reinserción social y laboral), con la finalidad de posibilitar una acción integrada y complementaria de los servicios de salud, educación, sociales, laborales y de justicia.
3. Lograr la participación progresiva de los colectivos afectados
4. Disponer de un elemento de planificación de las políticas y acciones públicas, en coherencia con las acciones desarrolladas por los diferentes departamentos de la Generalitat.

En la priorización de estas líneas estratégicas, también guarda un papel fundamental el protagonizado por los Servicios Sociales y las entidades sociales del sector de la salud mental. Asimismo, la coordinación y complementariedad de todos los ámbitos y servicios que influyen directamente en el colectivo que nos ocupa, han dado como resultado la configuración de una red sólida de atención en salud mental, así como la consecución de los objetivos previstos en los anteriores Planes Integrales de la Generalitat de Catalunya³².

Paralelamente, la Dirección General de Planificación y Evaluación del Departamento de Salud, es la encargada de realizar la evaluación y el seguimiento de las líneas estratégicas. Promoviendo a su vez, criterios de planificación de servicios y recursos necesarios para la población con enfermedad mental y su entorno más próximo.

Sin embargo, con el objetivo de proporcionar un análisis global de la situación y evolución de la atención a los trastornos mentales en esta CC.AA., el conjunto de indicadores planteados, parten de la falta de desarrollo de los sistemas de información, por lo que no permiten evaluar un conjunto exhaustivo de los mismos.

No obstante, una de las cuestiones más significativas del modelo catalán es la creación, con el *Decreto, 30/2006, de 28 de febrero*, de la Mesa de Participación. Ésta, está compuesta por la Administración Pública, entidades de carácter privado, asociaciones de familiares y afectados y profesionales del ámbito de la salud mental. La relevancia de este organismo participativo y consultivo, la encontramos en el art. 9 del mencionado Decreto, por el que se establece como un órgano

32. Plan Director de Salud Mental y Adicciones de Cataluña 2006-2010 y el Plan de Salud de Cataluña 2011-2015.

canalizador de los requerimientos de las entidades proveedoras y de representantes de las personas con enfermedad mental, participando directamente en la planificación, implantación, instrumentos de gestión y evaluación del desarrollo de las estrategias en el ámbito de la salud mental.

Por consiguiente, a diferencia del desarrollo de los Servicios Sociales valencianos, la Red de Servicios Sociales de Atención Pública en Cataluña dispone de una amplia cartera de Servicios Sociales Especializados para personas con problemática social derivada de la enfermedad mental. Entre estos servicios, podemos destacar: servicio de apoyo a la autonomía en el domicilio, servicios de viviendas, servicios de residencia asistida temporal o permanente, servicio de club social³³, servicio pre-laboral y servicio de tutela.

En definitiva, las claves del modelo desarrollado en Cataluña se resumen en la apuesta por la transversalidad e integralidad en la atención, dotación de recursos sociales de carácter comunitario y la configuración de una red sólida de coordinación y complementariedad de los servicios socio-sanitarios.

4.2. País Vasco: Estrategia en Salud Mental de País Vasco (2010)

En sintonía con el modelo catalán, el planteamiento estructural del País Vasco vertebraba una serie de líneas estratégicas, cartera de servicios, dimensión comunitaria de la salud mental, articulación de las prioridades y seguimiento del desarrollo del modelo en materia de salud mental.

En primer lugar, la Estrategia en Salud Mental del País Vasco está basada en los contenidos expuestos en la Declaración de Helsinki (2005) contemplando:

1. Enfoque integrado en la promoción de la salud
2. Prevención de trastornos mentales
3. Coordinación inter e intra institucional
4. Fomento de la inserción laboral y social del colectivo afectado

Partiendo de dichos contenidos, el modelo vasco de carácter comunitario se basa en los principios de: integralidad, autonomía, calidad, recuperación personal y continuidad entre otros. Asimismo, también contempla en su estructura la participación de entidades del tercer sector que presten su actuación a colectivos afectados y/o directamente vinculados a la salud mental; así como especial colaboración en la elaboración de procesos de mejora continua de la calidad en la atención socio-sanitaria.

En cuanto a este tipo de atención y la cartera de servicios proporcionados desde la Administración Pública, la cuestión más relevante es la coordinación

33. Implantado a partir del 2002 como principal recurso social especializado con la finalidad de fomentar el mantenimiento de los vínculos afectivos y de relación con el entorno.

entre la atención primaria y los servicios de atención especializada, regulada por el Consejo Vasco de Atención Socio-sanitaria creada a partir del *Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre*.

Otra de las cuestiones más destacadas del modelo vasco, es la trayectoria en cuanto a la descentralización de competencias. Del mismo modo que la Comunidad Valenciana, en 1987 el País Vasco asumió el traspaso de competencias por parte del gobierno central. Sin embargo, a diferencia del modelo valenciano, la configuración de una red de centros especializados articulados en demarcaciones territoriales junto con una dotación de recursos de atención socio-sanitaria supone una de las grandes virtudes en el desarrollo del sistema actual.

A pesar de la consolidación de un modelo comunitario de atención a la salud mental integrado en el sistema sanitario público y la dotación de recursos de la red de centros especializados, no se ha logrado superar la hospitalización de larga estancia en hospitales psiquiátricos.

No obstante, a pesar de la relevancia de ambos modelos en el área de salud mental a nivel nacional, se considera necesaria la progresiva actualización de los mismos en base a las necesidades de la población objeto de las regulaciones.

5. Propuestas de acción en la Comunidad Valenciana sobre el sector

Por todo lo expuesto previamente, se considera necesaria la enunciación de las siguientes propuestas de acción en base a las actuales deficiencias del sistema de atención socio-sanitario en el ámbito de la salud mental:

En primer lugar, la asunción por parte de la Generalitat Valenciana de las competencias en materia de salud mental, aportando una dotación eficiente de recursos públicos, materiales, técnicos y humanos para el colectivo afectado y su entorno más próximo. Seguidamente, se considera necesaria la articulación de una red de servicios de atención integral y apoyo comunitario, basada en la coordinación, colaboración y complementariedad entre el sistema sanitario y el sistema de Servicios Sociales; de acuerdo con el artículo 33.2 de la Ley 5/1997, de 25 de junio, por la que se regula el sistema de Servicios Sociales de la Comunidad Valenciana.

En tercer lugar, la constitución de un recurso específico para las mujeres víctimas de violencia de género con salud mental³⁴.

34. Actualmente, los Centros Mujer 24 horas y los recursos especializados en salud mental, no disponen de los sistemas y recursos necesarios para la rehabilitación y tratamiento de ambas cuestiones. Ello, ha supuesto un problema en cuanto a la convivencia de las mujeres con este perfil en viviendas tuteladas, puesto que altera el proceso de rehabilitación e inserción sociolaboral del resto de mujeres víctimas de violencia de género en este tipo de recurso residencial.

Por otro lado, es fundamental la actualización de las regulaciones normativas en materia de salud mental, promoviendo la unificación y remodelación de las anteriores disposiciones a partir de una mapificación de Servicios Sociales en la Comunidad Valenciana para establecer criterios de cobertura, ubicación, titularidad, gestión y distribución territorial de los recursos disponibles en salud mental. Asimismo, la planificación y ejecución de un nuevo Plan Director en salud Mental, que permita la planificación temporalizada de actuaciones, presupuestos y recursos, progresando en la configuración de los recursos sociales y otras medidas de apoyo a este colectivo y a sus familiares. Asimismo, en su configuración debe vertebrar un compendio de indicadores respecto al seguimiento y evaluación de los resultados planteados, potenciando la cultura de la evaluación como estrategia para la mejora de la calidad.

Además, cabe potenciar la intervención social en salud mental, abandonada hasta el momento por la intervención centralizada en la medicalización, con el objeto de facilitar la inserción social y laboral en la comunidad, rehabilitación psicosocial y la promoción de la autonomía.

Fundamentalmente, cabe la dimensión ocupacional en el desarrollo psicosocial y en los procesos de rehabilitación, en coordinación con los servicios de empleo valencianos y con las entidades sociales que destinen sus actuaciones en el sector de la salud mental, así como el fomento de programas educativos tendentes a la eliminación del estigma, aislamiento y rechazo social.

Por otro lado, se considera pertinente la constitución de una Mesa de Participación donde tengan representación aquellas entidades sociales de carácter público y privado que destinen su actuación en el ámbito de la salud mental, profesionales de Servicios Sociales y del ámbito sanitario, representantes de la Conselleria de Sanitat y de la Conselleria de Benestar Social. De este modo, cabe garantizar la orientación comunitaria en el nuevo modelo de salud mental valenciano, partiendo de la consideración de focalizar la intervención en la atención a la ciudadanía, asegurando la continuidad de cuidados, el uso eficiente de los recursos que pueda precisar y supliendo los desequilibrios territoriales por la ubicación de los recursos. En este sentido, otro punto a tratar es la promoción del apoyo y asesoramiento a las familias de los enfermos mentales, partiendo de la educación en el manejo de la enfermedad mental, manejo de factores de riesgo, manejo de estrés familiar y prevención de posibles recaídas.

En última instancia, cabe considerar la implantación de una cartera de servicios específica en salud mental y adicciones, orientada a los usuarios y a sus familias en Atención Primaria, ya que ésta supone la puerta de entrada del sistema sanitario y de ella depende la efectividad y la eficiencia del conjunto.

6. Consideraciones finales

Los recursos sociales dedicados a la atención a enfermos mentales son los más olvidados, y aquí solo nos referimos a su consideración o mención, tanto desde el

Sistema de Servicios Sociales de la Comunitat Valenciana como desde el Sistema Sanitario de la misma, no entrando a considerar el desarrollo de los mismos³⁵.

Del análisis de un total de 15 estudios³⁶; planes estratégicos del sector, investigaciones, artículos científicos, etcétera, sobre los dispositivos de salud mental, principalmente en el marco de la Comunitat Valenciana, se concluye que sólo en cuatro de ellos se hace referencia de forma concreta a los recursos de tipo social³⁷, siendo un indicador de la mirada predominantemente sanitaria y fragmentada que impera en el sector.

Es importante referenciar la escasa forma de titularidad pública de los mismos y la casi inexistente gestión pública a favor de la privada, estando la gestión del tercer sector concentrada en los recursos de tipo más comunitario: viviendas tuteladas, centros de día y CRIS. La gestión de tipo empresarial se concentra de forma predominante en los CEEM ya que buscan una maximización de beneficios y no un adecuado tratamiento a las necesidades del colectivo.

Se presenta un escenario en el que, a la invisibilidad e inexistente planificación de este sector de los Servicios Sociales, se le une la reducción progresiva de la dotación presupuestaria, la ineficiente accesibilidad al sistema y la poca capacidad de acción y proyecciones de futuro.

A todas estas circunstancias estructurales, que son un reflejo de las que tiene el sistema de Servicios Sociales Valenciano en su conjunto, se les une la circunstancia coyuntural de la actual crisis económica, donde se advierte un progresivo deterioro de las condiciones de vida de la población valenciana, puesto que los pocos recursos que existían para la atención a sus problemas mentales han ido desapareciendo al disminuirse considerablemente las partidas económicas destinadas a las convocatorias de ayudas individuales que existían para el pago de estos servicios en el mercado privado por aquellos que no tienen medios económicos suficientes para proveérselos por cuenta propia, dado que no existen recursos de titularidad pública para este colectivo.

Además, en la distribución de la titularidad de los recursos destinados a personas con enfermedad mental se observa lo mismo que para los recursos del conjunto

35. Hay honrosas excepciones en otras comunidades autónomas que contemplan en sus políticas públicas y en sus investigaciones tanto los recursos sanitarios como los sociales para el colectivo de salud mental. Los planes nacionales de salud mental hacen referencia a los recursos sociales de forma vaga y generalista sin entrar a mencionar la obligatoriedad de su existencia, tipología, etcétera.

36. 3 nacionales y 12 autonómicos

37. Estos tres documentos son: *Plan Director de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de la Comunidad Valenciana 2001*, Investigación del catedrático de Psiquiatría de la Universidad de Valencia, Manuel Gómez Beneyto (2002), titulada «*Evaluación de la estructura y el funcionamiento del sistema de salud mental de la comunidad Valenciana*», el Informe Especial del Síndic de Greuges (2003) sobre la *Situación del sistema de atención a enfermos mentales en la Comunidad Valenciana*, y el Informe del Síndic de Greuges (2016) titulado *Informe Especial sobre la atención residencial a personas con problemas de salud mental en la Comunidad Valenciana*.

de Sistema de Servicios Sociales de la provincia de Valencia. Se tiende a centrar su atención en dos polos opuestos; los colectivos más vulnerables y mimetizados con un entorno de fragilidad que no han superado todavía los niveles de gratiabilidad (como los centros de día o los CRIS), y los recursos que implican ganancia económica (como los CEEM) para determinadas empresas privadas de gran peso e imbricación en el estamento político de la Generalitat.

Queda por tanto un largo recorrido hasta alcanzar la potestad que emana de los derechos subjetivos que sí han sido instaurados en otras CC.AA³⁸. También hemos de considerar un aspecto transversal a todo lo anterior, como es la exigua planificación, la duplicidad de atenciones por parte de diversas administraciones públicas, la asunción municipal de recursos ajenos a su competencia, el gran negocio en ocasiones de la empresa privada, y en definitiva, la visión ideológica sobre el mundo de la vida y de los riesgos personales frente a los sociales, que hacen que el Sistema Valenciano de Servicios Sociales en su conjunto ocupe el último lugar del ranking de comunidades autónomas de todo el Estado, y en especial hay que hacer observar que incluso el tema de la atención social a personas con enfermedad mental está saliendo de la agenda de los Servicios Sociales y ubicándose como situaciones exclusivamente dependientes del sistema sanitario y con atenciones meramente medicalizadas.

En conclusión, la nueva estructura del modelo de salud mental valenciano debe partir por la consideración de la salud mental como un derecho subjetivo y universal contemplado en la *Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad*, ya que hasta el momento no se ha contemplado la asistencia a estos recursos como tales. Debido al elevado riesgo de desventaja social de las personas con enfermedad mental, los Servicios Sociales suponen un elemento clave en la articulación de los recursos sociales destinados a este ámbito. Hasta el momento, las intervenciones se han basado en la excesiva medicalización y el escaso nivel de efectividad en cuanto a la rehabilitación y potenciación de la autonomía, obviando en todos los sentidos, la participación activa de las personas con enfermedad mental. Asimismo, la esencia del nuevo modelo debe ser eminentemente de carácter comunitario, con la finalidad de aunar las potencialidades del territorio (servicios sanitarios, laborales, educativos, recursos ambientales, recursos sociales...) como factores de protección frente a los diferentes factores de riesgo (ambiente familiar desfavorable, predisposición genética...) que pueden influir en el empeoramiento u obstaculización del proceso de rehabilitación e inserción socio laboral.

38. Véase el País Vasco, la Comunidad Foral de Navarra o la Comunidad de La Rioja con referencias jurídicas y regulaciones en materia de Servicios Sociales denominados de tercera generación.

7. Referencias bibliográficas

- AA.VV. (1991): *Mapificación de los Servicios Sociales de la Comunidad Valenciana*. Col·lecció de Serveis Socials. Sèrie Documents de Serveis Socials nº 10. Generalitat Valenciana. Conselleria de Treball i Seguretat Social. Direcció General de Serveis Socials.
- ASOCIACIÓN DE DIRECTORES Y GERENTE EN SERVICIOS SOCIALES DE ESPAÑA (2013): *Índice de Desarrollo de los Servicios Sociales*. Recuperado en <http://bit.ly/1be0kBx>
- BARREDO, J.I. (1996): *Sistemas de información geográfica y evaluación multicriterio en la ordenación del territorio*. Madrid. Ra-Ma.
- BARRIGA, L.; BREZMES, M^a.J. Y GARCÍA, G. Y RAMÍREZ, J.M. (2010): *IV Dictamen del Observatorio: desarrollo e implantación territorial de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia*. Asociación Estatal de Directores y Gerentes en Servicios Sociales de España.
- CARMONA, J. Y DEL RÍO, F. (2011): Análisis histórico de la Reforma Psiquiátrica andaluza: los inicios y el proyecto. *Estudios de Psicología*, 16(3), pp. 329-339.
- Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento CIE-10: CDI-10*. (2000). Madrid. Editorial medica panamericana. Consultado en <http://bit.ly/2dpbSYt>
- Cartera de servicios salud mental*. (s/f). Conselleria Sanidad. Generalitat Valenciana. Consultado en <http://bit.ly/2cPpxXU>
- ESPINO, A. (coord). (2007): *Delimitación de los efectos clínicos derivados de condiciones productoras de estrés laboral detectados en la red pública de salud (mental)*. Un estudio retrospectivo, relacional y cualitativo. Madrid. Ministerio de Trabajo e Inmigración. Consultado en <http://bit.ly/2dlLdzX>
- ESPINO, A. (2005): *La atención a la salud mental en España. Estrategias y compromiso social*. Toledo. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Estrategias en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*. (2007): Ministerio de Sanidad y Consumo. Consultado en <http://bit.ly/2cAuSGt>
- FELIPE, M. J. (2004): *Un análisis del sistema de protección social de la Comunidad Valenciana*. Tesis doctoral. Universitat de València.
- GARCÍA-CALABRÉS, F. (2010): *Guía de atención urgente sobre enfermedad mental*. Córdoba. Oficina del Defensor de la Ciudadanía de la provincia de Córdoba. Consultado en <http://bit.ly/2dwPTPJ>
- GÓMEZ BENEYTO. M. (2002): *Evaluación de la Estructura y el funcionamiento del sistema de salud mental de la Comunidad Valenciana*. Consultado en <http://bit.ly/2dhokft>
- GUTIÉRREZ FRAILE. M, GARCÍA CALVO. C, PRIETO. R, GUTIÉRREZ GARITAZO. I. (2011): Trastornos mentales en pacientes de atención especializada en el ámbito extra-hospitalario español. *Actas Esp. Psiquiatría*, nº 39(6), pp. 349-355. Consultado en <http://bit.ly/2d6PjKd>
- Guía de Estilo. Salud mental y medios de comunicación*. (2008): Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Enfermos Mentales (FEAFES).

- HARO, JM, PALACÍN, C, VILAGUT, G, MARTÍNEZ, M, BERNAL, M, LUQUE, I, CODONY, M, DOLZ, M, ALONSO, J. (2006): Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España 2005. *Med Clin (Barc)*, n° 126(12), pp. 445-451. Consultado en <http://bit.ly/2cIBcKv>
- MENÉNDEZ, F. (2005): Veinte años de la Reforma Psiquiátrica. Panorama del estado de la psiquiatría en España de los años 1970 a los 2000: de un pensamiento único a otro. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, n° 95, pp. 69-81.
- OMS. (2008): *Comisión sobre determinantes sociales de la salud*. Informe compendiado. Ginebra. Consultado en <http://bit.ly/2ddk5A4>
- OMS. (2005): *Declaración de Helsinki*
- OMS. (2004): *Prevención de los trastornos mentales. Intervenciones efectivas y opciones políticas*. Informe compendiado. Ginebra. Consultado en <http://bit.ly/27PuhEE>
- Pla integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions 2014-2016*. (2014). Generalitat de Catalunya. Consultado en <http://bit.ly/2d3UH38>
- Plan de Salut de Catalunya 2011-2015*. (2012): Generalitat de Catalunya. Consultado en <http://bit.ly/2cz8uZn>
- Plan Director de Salut Mental y Adicciones de Catalunya 2006-2010*. (2006): Generalitat de Catalunya. Consultado en <http://bit.ly/2d37NLQ>
- Plan Director de Salut Mental y Asistencia Psiquiátrica de la Comunidad Valenciana 2001-2004*. (2001): Valencia. Generalitat Valenciana. Consultado en <http://bit.ly/2dti4ix>
- Plan de Salut de la Comunitat Valenciana 2010-2013*. (2011) Generalitat Valenciana. Consultado en <http://bit.ly/2dlNjeY>
- RODRÍGUEZ, A. (2003): «Dossier de enfermedad mental (II): Atención comunitaria, rehabilitación psicosocial y apoyo social», *Revista Minusval*. N° 38. Pp. 23-29.
- SÍNDIC DE GREUGES. (2016): *Informe especial. Atención residencial a personas con problemas de salud mental en la Comunitat Valenciana*. Consultado en <http://bit.ly/1XgJGZV>
- SÍNDIC DE GREUGES. (2003): *Informe del Sindic sobre los recursos socioasistenciales de salud mental de la Comunidad Valenciana*. Consultado en <http://bit.ly/2daEOo5>
- UCEDA-MAZA, F. X. Y GARCÍA MUÑOZ, M. (2010): «Una radiografía dels Serveis Socials Valencians», *Revista Treball Social i Serveis Socials, TsNova*, 1, 9-22.

Referencias normativas

- Ley 5/1997, de 25 de junio, por la que se regula el sistema de Servicios Sociales de la Comunidad Valenciana.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- Real Decreto 1612/1987, de 27 de noviembre, sobre traspaso a la Comunidad Valenciana de las funciones y servicios del instituto nacional de la salud.

Comunidad Valenciana

Orden de 26 de septiembre de 2005, por la que se procede a la creación del Consejo Asesor de Salud Mental de la Comunidad Valenciana.

Orden de 3 de febrero de 1997, que desarrolla la tipología de recursos de atención a enfermos mentales.

Decreto 132/1996, de 4 de julio por el que se asignan competencias en materia de atención a enfermos mentales crónicos.

Decreto 81/1998, de 4 de junio, del Gobierno Valenciano, por el que se definen y estructuran los recursos sanitarios dirigidos a la salud mental y asistencia psiquiátrica en la Comunidad Valenciana.

Decreto 148/1986, de 24 de noviembre del Consell de la Generalitat Valenciana, por el que se regula la prestación de servicios en materia de salud mental en la Comunidad Valenciana.

País vasco

Estrategia en Salud Mental de la Comunidad Autónoma del País Vasco (2010) Consejo Asesor de Salud Mental de Euskadi.

Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

Cataluña

Decreto 30/2006, de 28 de febrero, por el que se crea el Plan director de salud mental y adicciones y su Consejo Asesor.

6 Los Servicios Sociales para la mujer

Encarna Canet Benavent
Pere Joan Garrigós i Santos

1. Introducción

El sistema de Servicios Sociales de la Comunitat Valenciana se rige por la Ley 5/1997 de 25 de junio e incluye dentro de sus responsabilidades dar respuesta a diferentes problemáticas sociales mediante la aportación de recursos necesarios. Incluye a las mujeres en riesgo de exclusión social y/o víctimas de violencia de género a quienes se les ha de prestar información, orientación, asesoramiento técnico y derivación a los recursos y programas sociales adecuados, así como la atención a las necesidades más básicas y la tramitación de las prestaciones económicas correspondientes.

En 1983 se transfieren las competencias estatales de protección a la mujer a la Comunitat Valenciana. Moriana (2013:114) nos describe el recorrido que han vivido los centros de protección a la mujer desde ese momento diferenciando tres etapas:

La primera va desde 1983 hasta 1990 y la denomina «de protección de la moral católica». En esta etapa se interna a las mujeres en las mismas instituciones religiosas en las que lo había hecho el Patronato de Protección a la Mujer franquista para educarlas en la moral católica, ocultar a las mujeres embarazadas y reprimir a las transgresoras de la ley patriarcal.

La segunda va hasta 2002 y la denomina «de la protección de la maternidad y de los malos tratos domésticos». Se institucionaliza a las madres solteras y a las mujeres que sufren violencia doméstica.

La tercera y actual la llama «de la protección de la exclusión social y la violencia de género». En 2003 se realiza una clasificación de los centros en: casa de acogida de emergencia, centros de acogida y viviendas tuteladas, dotándolas de una regulación homogénea.

Actualmente contamos con que los Servicios Sociales son la primera puerta de entrada de atención a las mujeres, y además existen los servicios especializados como:

- Centros Infodona: distribuidos por la Comunitat Valenciana con el objetivo de prestar asesoramiento a las mujeres y a otros grupos y entidades

en materias como inserción laboral, asesoramiento, creación de empresas, asesoramiento en materias de igualdad, subvenciones, etc.

- Centro Mujer 24 Horas (CM24H): dirigido a mujeres que sufren malos tratos físicos y/o psíquicos, agresiones sexuales, abusos sexuales y acoso sexual en el ámbito laboral. Su objetivo es proporcionar atención integral de carácter psicosocial i jurídica, personal, directa o telefónica las 24 horas del día los 365 días del año. Pertenece a la Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives.
- Numerosos municipios han creado servicios y espacios especializados dentro de sus competencias para la atención y promoción de las mujeres con diferentes denominaciones como Casa de la Dona, Espai Dona, Centro Municipal de Información a la Mujer, etc.
- Centros Residenciales Específicos: Centro de Protección a la Mujer, Centros residenciales por violencia o por riesgo de exclusión social, Viviendas Tuteladas... Son equipamientos sustitutivos del hogar familiar para aquellas mujeres que no pueden permanecer en su unidad de convivencia. Ofrecen asistencia integral, alojamiento, manutención, actividades educativas, de convivencia, cooperación y autoayuda, tratamiento especializado, apoyo psicosocial y promoción de la salud

Pero Además de los recursos públicos especializados en la temática de la mujer, el Tercer Sector también ha promovido y desarrolla programas de atención como Alanna, Asociación Tyrius, y entidades Religiosas como Cáritas, Adoratrices, Villa Teresita, Casa Cuna, etc.

2. La Ordenación actual: Normativa relativa al área de la mujer en el País Valencià

Dos Leyes orgánicas desarrollan el principio de igualdad consagrado en el artículo 14 de la Constitución y el derecho de todos a la vida y a la integridad física y moral recogido en su artículo 15: la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres y la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.

En el ámbito autonómico valenciano, la Ley 5/1997, de 25 de junio de la Generalitat Valenciana por la que se regula el sistema de Servicios Sociales en la Comunitat Valenciana, determina que los Servicios Sociales en el área de la Mujer estén destinados a las mujeres que se encuentren en situación de riesgo por maltrato físico/psíquico, carencia de apoyo familiar, ausencia de recursos y otras circunstancias originadas en las diferencias de género, y requieran un tipo de tipo de atención específica en el plano técnico y profesional.

A partir de la ley valenciana se han generado normativa para regular los Servicios Sociales en el área de la Mujer:

La Ley 9/2003, de 2 de abril de la Generalitat Valenciana, para la Igualdad entre Mujeres y Hombres, que trató de establecer una serie de medidas y garantías dirigidas a la eliminación de la discriminación que tienen un carácter más de fomento y promoción que de prescripción, en los ámbitos de educación, laboral, participación política, bienestar y familia, sociedad de la información, violencia contra las mujeres, medios de comunicación, y administración pública.

El Sistema de centros de acogida para atender a mujeres solas o acompañadas de sus hijos e hijas por encontrarse en situación riesgo de exclusión social y/o por ser víctimas de violencia de género, se organizó en torno a diversos decretos y órdenes que los regulan hasta la actualidad:

- El Decreto 91/2002, e 30 de mayo, del Consell, modificado por el Decreto 99/2010 del 11 de junio, regula el procedimiento y requisitos generales para el Registro de los Titulares de Actividades de Acción Social, y de Registro y Autorización de Funcionamiento de los Servicios y Centros de Acción Social, en la Comunidad Valenciana.
- La Orden del 17 de febrero de 2003, de la Conselleria de Bienestar Social, modificada por la Orden de 28 de enero de 2005 de la Conselleria de Bienestar Social, sobre condiciones y requisitos para la autorización de los Centros Especializados para mujeres en situación de riesgo social, desarrolla el Decreto anterior, y los define como un servicio social especializado y de carácter asistencial, de protección y promoción, cuya finalidad es acoger a mujeres solas o acompañadas de sus hijas e hijos en situación de violencia física o moral, con el objeto de prestarles ayuda psicológica y social facilitándoles los medios básicos que les ayuden a su reintegración social. Establece la siguiente tipología, estableciendo en cada caso las prestaciones que incluirá, la temporalidad, las condiciones de habitabilidad, y el equipo profesional:
 - Casas de acogida para mujeres en situación de emergencia, que define como centros para víctimas de malos tratos. Establece una capacidad máxima de 25 plazas entre mujeres y menores. El equipo profesional ha de estar compuesto como mínimo por una directora, una trabajadora social y 5 educadoras. Se establece una temporalidad máxima de permanencia de 2 semanas.
 - Centros de Acogida, que acoge a jóvenes gestantes con hijos/as hasta 2 años, que se encuentran situación de alto riesgo por falta de apoyo familiar y ausencia de recursos personales y a mujeres con o sin hijos víctimas de malos tratos, en situación de riesgo psicosocial. Capacidad máxima de 30 mujeres y sus hijos e hijas. El equipo profesional ha de estar formado como mínimo por una directora, una psicóloga, una trabajadora social y 5 educadores/as.
 - Viviendas tuteladas, para mujeres que precisan protección, con un nivel de autonomía que les permita vivir en régimen parcialmente autogestionado. Cuentan con una capacidad máxima de 7 mujeres y sus

hijos e hijas. El equipo ha de estar compuesto como mínimo por dos educadores/as.

El Decreto establece dos canales de acceso a la Red de Asistencia para Mujeres, que son el Centro Mujer 24 Horas para los casos urgentes, y el personal técnico de las Dirección Territorial de cada provincia, previo informe de los Servicios Sociales de los Ayuntamientos, en el resto de situaciones.

También declara excluidas las situaciones que requieren otros tratamientos específicos como son alcoholismo, drogadicción y cuadros psiquiátricos graves.

La Orden de 22 de diciembre de 2003, de la Conselleria de Bienestar Social, establece el Funcionamiento General de los Centros Especializados para mujeres en situación riesgo social, ordenando los servicios que se prestan en los mismos, agrupándolos en las siguientes áreas de intervención: personal y familiar, menores, salud, legal y documental, de convivencia, organización, formación e inserción laboral, y participación social. Además, establece los Derechos y Deberes de las Mujeres Acogidas y el Régimen disciplinario.

Después de casi 10 años, sin modificar el sistema que regula la atención a mujeres en la Comunitat, se publica la Ley 7/2012, de 23 de noviembre, de la Generalitat Integral contra la Violencia sobre la Mujer en el ámbito de la Comunitat Valenciana.

Esta ley aporta novedades como es señalar como manifestaciones de la violencia sobre la mujer, además de la violencia física, psicológica y sexual, la violencia económica, la mutilación genital femenina, y la trata de mujeres y niñas. También tiene un carácter novedoso la inclusión como víctimas de violencia sobre la mujer, a los hijos e hijas menores y/o personas sujetas a tutela o acogimiento de las mismas que sufran cualquier perjuicio como consecuencia de la agresión a las mujeres o niñas. Esta inclusión los convierte también en titulares de todos los derechos reconocidos en la norma.

También la ley establece el derecho a indemnizaciones por causa de muerte, para los hijos e hijas, los ascendientes de las víctimas mortales de violencia cuando dependan económicamente en el momento del fallecimiento, y de la creación de un Fondo de Emergencias para otorgar ayudas de emergencia de pago único para cubrir necesidades básicas de alimentación, higiene, alojamiento temporal, transportes, etc. Estos dos derechos han sido regulados por el Decreto 63/2014, de 25 de abril, del Consell, que aprueba el reglamento para el reconocimiento de las indemnizaciones y las ayudas económicas a las víctimas de violencia sobre la mujer.

Esta Ley establece la composición de la Red de Asistencia Social Integral a las Víctimas de Violencia sobre la Mujer que ordena los siguientes servicios en dos niveles de atención: ambulatorio y residencial.

En el nivel ambulatorio el Servicio de atención telefónica permanente, las Oficinas de Atención a las víctimas del delito y los Centros Mujer de carácter permanente y de emergencia, funcionando las 24 horas del día al menos en las tres capitales de provincia y prestando una atención social, psicológica y jurídica, tanto

en situación de crisis como de asesoramiento o de terapia de seguimiento, a nivel individual y grupal.

En el nivel residencial los servicios se definen como:

- Centros de emergencias: recursos especializados de corta estancia que ofrecen acogida de forma inmediata.
- Centros de Recuperación Integral: para las mujeres y menores que precisan de un alojamiento temporal más prolongado.
- Viviendas tuteladas, para aquellas mujeres que tienen un nivel de autonomía personal que les permite alcanzar la normalización social.

Queda pendiente el desarrollo reglamentario que establezca el régimen de acceso, organización y funcionamiento.

La Ley también establece una batería de medidas para hacer frente a la violencia sobre la mujer desde todos los ámbitos de su competencia, como son la prevención desde el ámbito educativo, prevención en el ámbito laboral, medidas de sensibilización, actuaciones sobre los medios de comunicación, investigación, formación especializada de los agentes implicados, etc.

A modo de valoración decir que tenemos dos leyes autonómicas que contemplan medidas transversales pero que no tendrán la incidencia necesaria sin una apuesta política firme y decidida que dote de presupuestos de forma transversal a toda la administración valenciana. La reciente creación de las Unidades de Igualdad en todos los departamentos del Consell, que trata de incorporar la perspectiva de género a todo el funcionamiento de la Administración valenciana, puede ser una oportunidad de hacer efectivas las medidas propuestas y que no se han llevado a cabo hasta este momento.

Es necesario un viraje hacia políticas preventivas y de sensibilización que no quede en declaración de intenciones, sino que se traduzca en acciones concretas y de calado social desde todos los ámbitos y áreas de la Generalitat.

Por otro lado, existe una Red de Centros Especializados en Mujer de carácter residencial, mixto para exclusión social y violencia de género, y que precisa de un desarrollo normativo congruente y que defina la tipología de centros de uno y otro tipo, desarrollando la Ley 7/2012 y actualizando la normativa de 2003.

Convendría definir un sistema específico y no mixto para la acogida de mujeres víctimas de violencia y sus hijos e hijas, que permita una identificación grupal que potencia su conciencia como grupo de empoderamiento a partir de sus experiencias, además de contar con una intervención especializada para trabajar los aspectos generadores y mantenedores de la violencia, así como su recuperación y prevención futura. La intervención ha de realizarse tanto con las mujeres como con menores que las acompañan.

Hasta este momento, existen viviendas del tercer sector operando sin la necesaria autorización administrativa en el área de mujer dado que no cumplen los requisitos de accesibilidad y personal que exige la actual regulación, por lo que habría que revisar la posible creación de nuevas figuras de recursos de acogida que

sí que sea posible autorizar y por tanto inspeccionar y garantizar la calidad de sus prestaciones.

3. Análisis de la cuestión: Análisis de los recursos de mujer de Valencia y provincia

Antes de comenzar el análisis hay que advertir que la información con respecto a estos recursos es difícil de obtener por la privacidad necesaria que los envuelve y que hay que respetar. Por tanto, pedimos disculpas si existe cualquier variación en los datos que no hemos percibido.

Para poder conocer la evolución de los recursos de mujer en la provincia de Valencia señalaremos primero cual era la situación en la mapificación realizada en 1991 por la Dirección General de Servicios Sociales. Siguiendo este documento vemos que solo existían recursos de mujer en Valencia ciudad y estos eran:

Tabla 1. Recursos mujer Valencia y provincia 1991

Centro	Titularidad	Régimen	Plazas	Localidad
Residencia Maternal Villa Teresita	Aux. Dioc Buen Pastor Villa Teresita	Internado	12	Valencia
Centro maternal Oculita y Manutención	Real Hermandad del Santo Celo	Externado	14	Valencia
Casa Cuna Santa Isabel	RR Siervas de la Pasión	Internado	20	Valencia
Centro de Acogida Villa Teresita	Aux. Dioc Buen Pastor Villa Teresita	Internado	12	Valencia
Centro de Acogida y Orientación a la Joven	Confer Femenina	Externado		Valencia
Residencia Materno Infantil	Dirección General de Servicios Sociales	Internado	15	Valencia
Centro Atención Marginación Mujer	Fundación Solidaridad Democrática	Externado		Valencia

Fuente: Elaboración propia a partir de la Dirección General de Servicios Sociales (1991)

Podemos observar además como la mayoría de los recursos de mujer se encontraban en manos de órdenes religiosas, excepto la Residencia Materno Infantil que pertenece a la administración pública.

Tabla 2. Recursos para mujeres Valencia y provincia 2014

Recursos	Titularidad			Gestión			Nº plazas			
	Pública	Privada	Total	3er sector	Pública	Privada	Total	Pública	Privada	Total
Centros Infodona	16		16			16	16			
CM 24H	1		1			1	1			
Centro de Recuperación Integral (Centro de Protección)	1		1			1	1	24		24
Centros de exclusión social: centro acogida		2	2	1		1	2	52		52
Centro de exclusión social: viviendas tuteladas		8	8	8			8	72		72
Totales	18	10	28	9		19	28	148		148

Fuente: Elaboración propia

Del total de recursos especializados en mujer de Valencia, 16 son Centros Infodona y el resto se reparte de mayor a menor en centros de riesgo de exclusión social de acogida (2) o viviendas tuteladas (8), siendo 10 en total, Centro Mujer 24 horas (1) y Centro de Recuperación Integral (1). Sólo existe pues un recurso específico para víctimas de violencia de género de cada tipo en la provincia de Valencia.

La titularidad de estos recursos es pública salvo los recursos de riesgo social que pertenecen mayoritariamente al sector privado, sobre todo tercer sector.

Respecto a la gestión de los recursos señalar que la gestión en todos los casos se ha cedido al tercer sector o a la empresa privada, a pesar de su titularidad pública. Destacamos el Centro Mujer 24 Horas y el Centro de Recuperación Integral que están gestionados por empresas privadas (Grupo Eulen y Clece respectivamente)

En cuanto al número de plazas, vemos que existen 124 plazas para mujeres en riesgo de exclusión social y 24 plazas en el único Centro de Protección de toda la provincia, lo cual parece del todo insuficiente dando el volumen de mujeres que necesitarían de este recurso.

A continuación, hacemos referencia al informe Índice DEC 2015 en el apartado referido a plazas en centro de acogida para mujeres víctimas de violencia de género por solicitud de orden de protección a los juzgados. En el gráfico aparece una comparativa entre las diferentes comunidades autónomas.

Apartado C. Indicador 11.**Mujer. % de plazas en centros de acogida para mujeres víctimas de violencia de género por solicitud de orden de protección a los juzgados**

Fuente del dato: de las órdenes de protección: CGPJ. Datos anuales de 2013.

http://www.poderjudicial.es/cgpj/es/Temas/Violencia_domestica_y_de_genero/Actividad_del_Observatorio/Datos_estadisticos/La_violencia_sobre_la_mujer_en_la_estadistica_judicial_Datos_anuales_de_2013

Fuente del dato: Plazas en centros de acogida para mujeres víctimas de violencia de género. Datos facilitados directamente por las propias Comunidades Autónomas

REFERENCIA ANCLADA: 19% / 25%

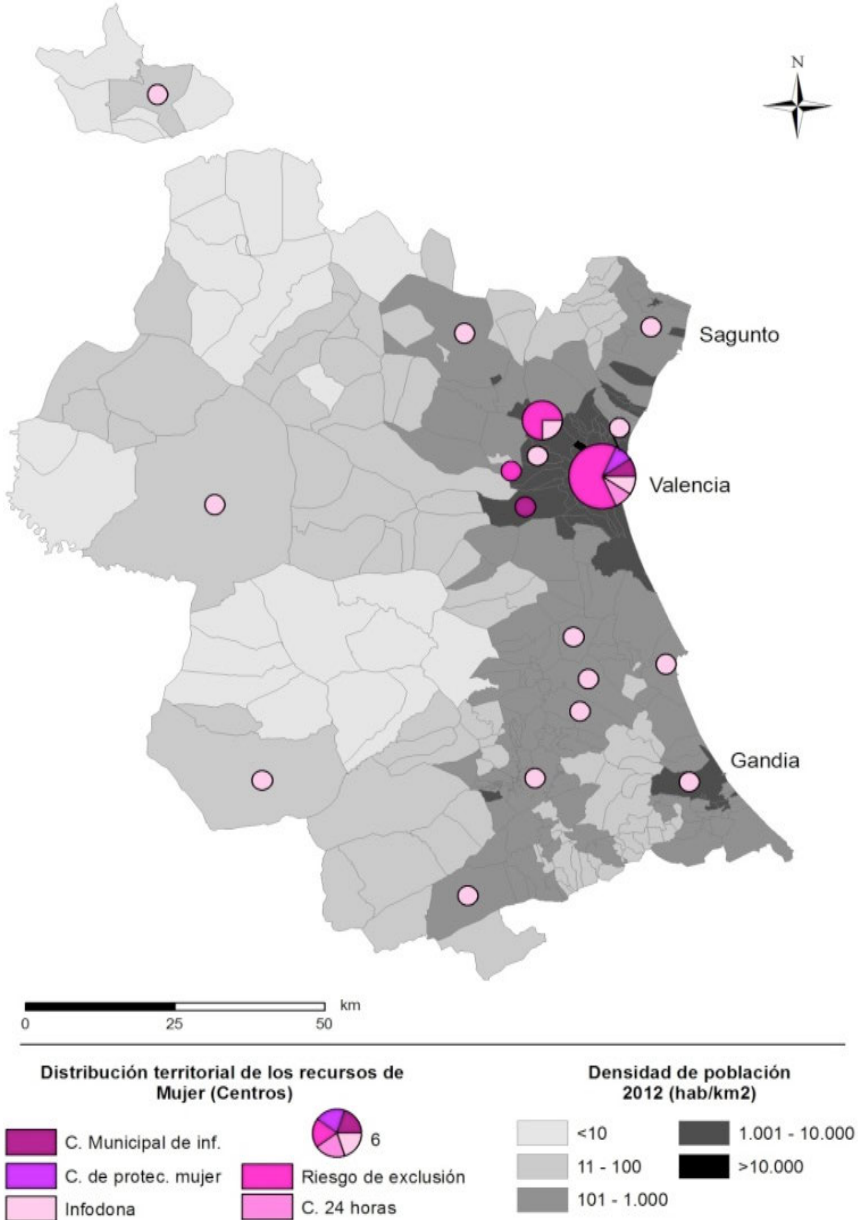
- ▲ Igual o superior a 25%: 0,40 puntos
- ▲ Entre 24,01 y 25,0%: 0,35 puntos
- ▲ Entre 23,01% y 24,0%: 0,30 puntos
- ▲ Entre 22,01% y 23,0% : 0,25 puntos
- ▲ Entre 22,01% y 23,0%: 0,20 puntos
- ▲ Entre 21,01% y 22,0%: 0,15 puntos
- ▲ Entre 20,01% y 21,0%: 0,10 puntos
- ▲ Entre 19,01% y 20,0%: 0,05 puntos
- ▲ Igual o inferior a 19%: 0 puntos

	Mujeres con orden de protección	Número de plazas	% plazas/ mujeres con orden protección	Puntuación
TOTAL ESPAÑA	18.775	2.774	14,77%	
Andalucía	3.828	471	12,3%	0
Aragón	522	124	23,8%	0,30
Asturias (Principado de)	380	144	37,9%	0,40
Baleares (Illes)	427	166	38,9%	0,40
Canarias	1.108	274	24,7%	0,35
Cantabria	205	21	10,2%	0
Castilla y León	856	219	25,6%	0,40
Castilla-La Mancha	1.278	256	20,0%	0,05
Cataluña	1.812	88	4,9%	0
Comunitat Valenciana	2.912	98	3,4%	0
Extremadura	525	39	7,4%	0
Galicia	829	90	10,9%	0
Madrid (Comunidad de)	2.391	387	16,2%	0
Murcia, Región de	1.002	78	7,8%	0
Navarra (Com.Foral de)	168	42	25,0%	0,40
País Vasco	409	248	60,6%	0,40
Rioja (La)	123	29	23,6%	0,30

Fuente: Informe DEC (2015)

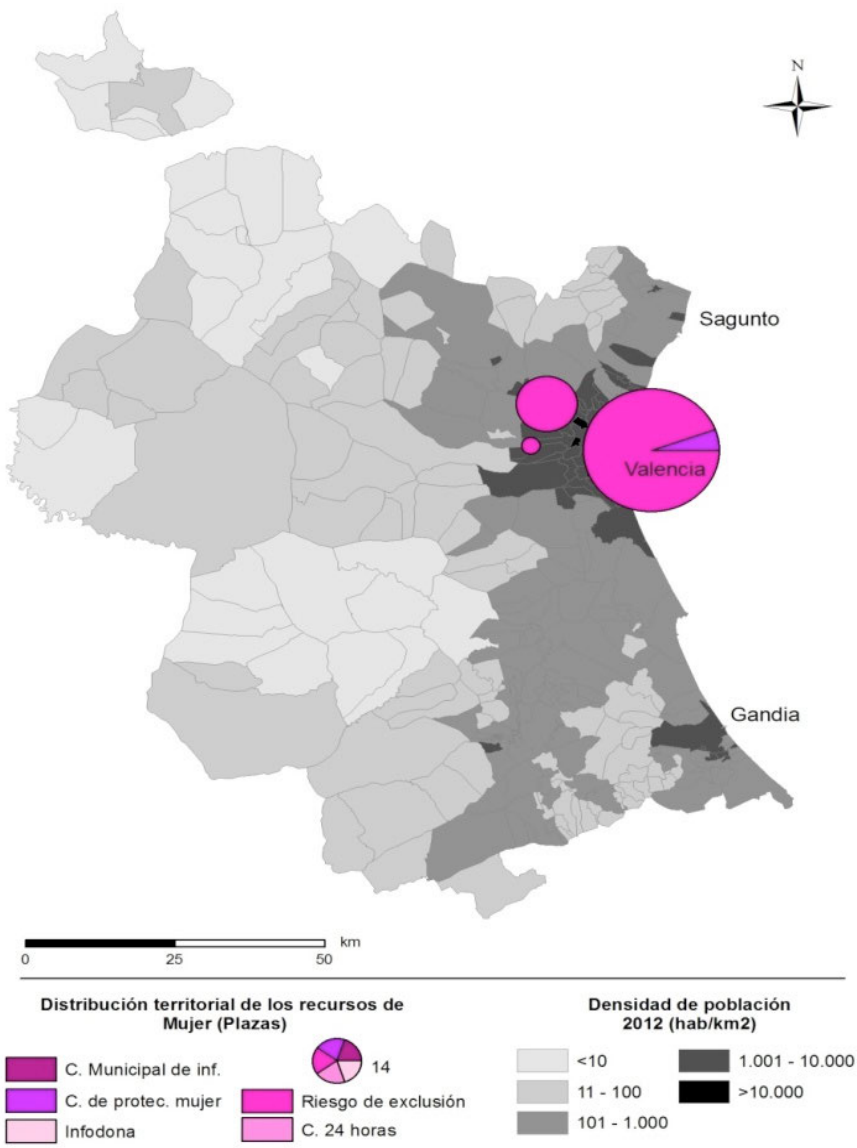
La localización de los recursos en el territorio es la siguiente:

Mapa 1: Distribución territorial de centros dedicados a recursos en Mujer



Fuente: El sistema de serveis socials davant la crisi econòmica (2014)

Mapa 2: Distribución territorial del nº de plazas dedicadas a recursos de Mujer



Fuente: El sistema de serveis socials davant la crisi econòmica (2014)

En cuanto a la distribución de los recursos en el territorio vemos que, si bien los Centros Infodona están algo más repartidos por la provincia de Valencia, el resto de recursos se encuentran mayoritariamente en Valencia capital y alrededores

lo cual deja sin recursos cercanos a amplias capas de población pertenecientes a la gran mayoría de las comarcas de nuestro territorio.

Una vez más podemos observar que la planificación territorial y de necesidades en este sector ha sido muy deficiente y que no se ha avanzado mucho desde la que hemos visto de 1991

Respecto a la figura de la Trabajadora Social como profesional de referencia cabe decir que el Centro Mujer 24 Horas sí posee esta figura, y el Centro de Protección y centros de información también. En los Centros Infodona puede haber trabajadora social u otras figuras profesionales todas ellas englobadas en Agentes de Igualdad. En la mayoría de los recursos de riesgo de exclusión social también existe la figura de la trabajadora social o el trabajador social.

Sobre este tema el Síndic de Greuges ya hizo una recomendación en su informe de 2005 a la Conselleria de Bienestar Social en la que apuntaba sobre los centros especializados para mujeres en situación de riesgo social:

«Sexta.- Que, con carácter general, se continúe avanzando en el desarrollo de la red de alojamiento, aumentando progresivamente el número de plazas para mujeres y menores y las condiciones materiales y de recursos humanos de los diferentes centros, potenciándose la aplicación de programas de recuperación y asistencia psicológica en los ya existentes, en la medida en que lo permitan las condiciones de estancia, y de asistencia psicológica y cuidado de los menores, mejorando las condiciones de atención a éstos en los centros ya existentes. Séptima.- Que se proceda al estudio y adecuación de las plantillas de personal a los problemas que presenta la necesidad de realizar turnos de 24 horas, en particular en las viviendas tuteladas.

Octava.- Que, en lo concerniente a la distribución territorial de los recursos, se proceda a dotar de una Casa de Acogida para mujeres en situación de emergencia para cada una de las diferentes provincias».

4. Referencia con otras Comunidades Autónomas

Tras el análisis de la realidad de los Servicios Sociales para la mujer en la Provincia de Valencia, es de interés revisar los recursos en otras Comunidades Autónomas del Estado Español.

Observar las características de los servicios y su reglamentación en otras comunidades sirve de base para establecer comparaciones y encontrar áreas de mejora a implementar.

Para realizar dicho análisis se han escogido cuatro Comunidades Autónomas por su importancia estratégica, demográfica y económica: la Comunidad de Madrid, Cataluña, País Vasco y Andalucía. De las cuatro se ha establecido la ley que regula los Servicios Sociales para la mujer y los servicios prestados de forma permanente, excluyendo programas y subvenciones. Esta información puede no estar completa, dado que no se ha procedido a una comprobación sino a una búsqueda de fuentes secundarias.

4.1. Comunidad de Madrid

Los Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid están regulados por la Ley 11/2003, de 27 de marzo, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid.

Actualmente, según se señala en la Guía de Recursos para Mujeres de la Comunidad de Madrid cuentan, dentro de los servicios permanentes con tres tipos de centros:

- Centro de día para mujeres víctimas de la trata con fines de explotación sexual y prostitución. Este centro se encuentra en Madrid y ofrece atención psicológica, atención social, actividades de sensibilización y/o formación en género y atención jurídica
- Centro de formación para el empleo-Centro de Formación en Edificación y Obra Civil. Este centro se encuentra en Paracuellos del Jarama y ofrece apoyo al empleo/orientación profesional y actividades formativas
- Pisos tutelados para mujeres víctimas de violencia de género. La comunidad cuenta con siete pisos con una capacidad media de siete mujeres por piso. En ellos se ofrece alojamiento, manutención y convivencia

Además de los centros la Comunidad de Madrid ofrece una serie de servicios permanentes de atención a la mujer: Servicios Sociales, escuela de padres y madres y una bolsa de empleo.

El teléfono de referencia para las víctimas de maltrato es el 012, aunque también cuentan con un Servicio gratuito de orientación jurídica a la mujer (91 720 62 47).

4.2. Cataluña

Los Servicios Sociales en Cataluña están regulados por la Llei 12/2007, d'11 d'octubre, de Serveis Socials de Catalunya.

La Generalitat de Catalunya tiene competencias exclusivas en políticas de género. El Institut Català de les Dones, adscrito al Departament de Benestar Social i Família, es el organismo del Gobierno que gestiona las políticas de y para la mujer de la Generalitat. Por otra parte, las políticas del Departamento de Bienestar Social y Familia en materia de lucha contra la violencia de género y los Servicios Sociales relacionados las gestiona la Secretaria de Família.

El Institut Català de les Dones actúa sobre tres ámbitos:

- Fomento de la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres. Dentro de este ámbito trabajan sobre conciliación, justicia, mujer y empresa, mundo rural, salud, universidades e investigación.
- Visibilización de las mujeres como agentes sociales mediante el asociacionismo y la participación, cultura y memoria histórica, mujeres inmigrantes, deporte, fomento de la paz y la cooperación y medios de comunicación.

- Violencia de género. Se ofrecen una serie de servicios y recursos de atención contra la violencia de género:
 - Línea de atención contra la violencia de género. Este servicio es gratuito, confidencial y función 24 horas (900900120)
 - Oficinas de atención e información del Institut Català de les Dones. Servicio presencial y gratuito de atención psicológica y asesoramiento jurídico.
 - Servicios y oficinas de información y atención a la mujer. Cuenta con dos servicios, los Serveis d'Informació i Atenció a les Dones (SIAD) y los Serveis d'Intervenció Especialitzada en Violència Masclista (SIE).
 - Servicio de intervención en crisis graves.

El Institut Català de les Dones ofrece, así mismo, una Guía de Entidades de Mujeres de Cataluña, donde se encuentra información de entidades que trabajan específicamente en programas a favor de la igualdad y diversas asociaciones de mujeres.

4.3. País Vasco

Los Servicios Sociales del País Vasco se regulan por la Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales. Dicha ley, que se puede definir de tercera generación, proclama el derecho subjetivo a los Servicios Sociales, constituido como un derecho de ciudadanía, a la vez que atiende a los derechos de acceso al sistema previstos en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia.

La gestión de los Servicios para la mujer en el País Vasco se realiza a través de Emakunde-Instituto Vasco de la Mujer, un organismo autónomo del Gobierno Vasco. Algunos de los servicios ofrecidos se detallan a continuación:

- Servicio Especializado de Información y Atención telefónica a Mujeres Víctimas de Violencia de Género 24 horas (900840111).
- Servicio de Asistencia a la Víctima (SAV), ubicado en los palacios de justicia de Vitoria-Gasteiz, Bilbao, Barakaldo y Donostia-San Sebastián.
- Unidad de atención psicológica a mujeres víctimas de malos tratos presente en Álava y Guipúzcoa.
- Instituto vasco de la mujer
- Oficina de atención a la mujer. Presentes siete en la comunidad.
- Dos oficinas de información a la mujer.
- Dos pisos de emergencia.
- Casas / Piso de acogida. Un total de quince repartidos entre las tres provincias.
- Servicio municipal de la mujer. Siete centros en la comunidad.
- Centro unidad de acogida social

4.4. Andalucía

Los Servicios Sociales en Andalucía están regulados por la Ley 2/1988, de 4 de abril, de Servicios Sociales de Andalucía. Actualmente está en marcha el proyecto de Ley de Servicios Sociales de Andalucía, que se convertiría en la norma de máximo rango de la Comunidad Autónoma en materia de Servicios Sociales.

Actualmente, el Instituto Andaluz de la Mujer es el órgano andaluz encargado de gestionar los Servicios Sociales para la mujer y presenta una Guía de Recursos basada en la Ley 12/2007 de 26 de noviembre para la Promoción de la Igualdad de Género en Andalucía y la Ley 13/2007 de 26 de noviembre de medidas de prevención y protección integral contra la violencia de género. Esto ha dado como resultado la división de la Guía de Recursos en 10 áreas, las cuales son:

- Servicios Generales de Atención del Instituto Andaluz de la Mujer.
- Transversalidad
- Educación
- Empleo
- Conciliación de la vida laboral, familiar y personal
- Salud
- Bienestar Social
- Participación
- Imagen y medios de comunicación
- Violencia de género

Los servicios que se ofrecen, vinculados a las áreas anteriores se detallan a continuación:

- Servicios Generales de Atención del Instituto Andaluz de la Mujer. 8 Centros Provinciales de la Mujer ubicados en las capitales de cada una de las provincias andaluzas y 162 Centros Municipales de Información a la Mujer, resultantes de la colaboración del Instituto Andaluz de la Mujer con los Ayuntamientos. Estos Centros ofrecen, atención y asesoramiento y en ellos se realizan programas específicos.
- El Teléfono de Información a la Mujer (900116016).
- Recursos para víctimas de violencia de género:
 - Centros de emergencia.
 - Casas de Acogida.
 - Pisos Tutelados.

5. Propuestas de acción en la Comunitat Valenciana sobre el sector

El funcionamiento coordinado y interdisciplinar es fundamental en un campo como el de la mujer y la violencia de género. Por ello existen diversos protocolos

de actuación en casos de violencia de género en todas las comunidades autónomas y en diversos sectores como sanidad, justicia, educación, actuación policial y también en lo referente a los Servicios Sociales. En la Comunitat Valenciana contamos con el «Acuerdo Interinstitucional por el que se aprueba el Protocolo para la coordinación de las actuaciones en materia violencia de género en la Comunitat Valenciana» de 2014, entre la Federació Valenciana de Municipis i Províncies, el Gobierno de España, la Fiscalía General del Estado, el Consejo General del Poder Judicial, la Generalitat Valenciana, y el Colegio de Abogados. Es un documento que:

- Explica la organización de la respuesta que se presta ante una situación de violencia ejercida contra las mujeres
- Identifica instituciones y personas a las que recurrir
- En qué momento hacerlo
- De qué manera y con qué objeto
- Clarifica las competencias y responsabilidades de cada una.
- Expresa el compromiso asumido por cada una de ellas.

En el anexo I podemos ver los diagramas de intervención realizados con la finalidad de la intervención conjunta y la coordinación.

A nivel municipal cabe señalar que muchos municipios han elaborado su propio protocolo de actuación en casos de violencia de género. En Valencia existe desde el 2010 el «Protocolo de actuación en situaciones de violencia contra las mujeres en la ciudad de Valencia» de la Regidoria de Benestar i Integració de l’Ajuntament de València. En su elaboración participaron profesionales del ámbito sanitario, policial, judicial, Servicios Sociales, recursos especializados, ámbito residencial, recursos asociativos y ámbito institucional. En Castellón encontramos el Protocolo de atención a víctimas de violencia de género y violencia sexual.

A **nivel sanitario** se elaboró el Protocolo para la Atención Sanitaria de la Violencia de Género (PDA) aprobado por la Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana en 2009

Así mismo el Equipo de Trabajadoras Sociales de Atención Primaria de Valencia realizó en el año 2012 una Guía de Intervención del Trabajo Social Sanitario, llamado Intervención del Trabajador Social de Atención Primaria de Salud con las mujeres víctimas de violencia de género

A **nivel judicial** existe una Guía de criterios de actuación judicial frente a la violencia de género CGPJ 2013, pero además la Ley 7/2012 Integral contra la Violencia sobre la Mujer en el ámbito de la Comunitat Valenciana también señala en su artículo 48.4 que la Generalitat suscribirá convenios con los colegios profesionales de abogados para establecer servicios de orientación jurídica que estarán ubicados en todas las sedes de los partidos judiciales.

Independientemente de los protocolos creados para cada área de intervención en el campo de la mujer (jurídicos, sanitarios, Servicios Sociales...) consideramos básico hacer mención a los principios básicos de intervención que todas y todos los profesionales han de seguir para poder realizar una actuación de calidad en este

campo. Según Pérez-Viejo y Montalvo (2014:157), la atención a la mujer se ha de fundamentar en:

- La defensa de los derechos humanos.
- La inclusión en todos los programas de la perspectiva de género, es decir, estudiar y explicar la situación de la mujer como resultado de la desigualdad estructural del sistema patriarcal entre hombres y mujeres. La perspectiva de género ha de ser un eje transversal y prioritario en todas las actuaciones.
- Tolerancia 0 contra la violencia: rechazo pleno de todas las formas de violencia.
- Perspectiva multicultural, dado el progresivo incremento de mujeres migrantes que acuden a nuestras instituciones.
- Respeto a las individualidades de cada mujer, se ha de tratar cada caso como único.
- Garantizar el ejercicio efectivo de los derechos de las mujeres, especialmente a aquellas en situación de especial vulnerabilidad, como las mujeres migrantes i/o las mujeres con diversidad funcional.

Nuestra postura profesional con respecto al modelo de intervención social con mujeres parte de:

La **perspectiva ecológica de explicación de la violencia**. El modelo ecológico surge con Urie Bronfenbrenner (1979) en su obra «La Ecología del desarrollo humano» en la que resaltó la progresiva acomodación mutua entre la persona humana y las propiedades cambiantes de los ambientes y las realidades que la envuelven.

Jorge Corsí (1995) adaptó este modelo a la explicación de la violencia de género y propuso una comprensión multicausal de este fenómeno que tenga en cuenta la suma de los diferentes sistemas que influyen en la vida de las personas: macrosistema, exosistema, microsistema y nivel individual (dimensión conductual, cognitiva, interaccional, psicodinámica). El Macrosistema hace referencia al ámbito social: incluye los factores que proporcionan un ambiente de aceptación de la violencia como las creencias e ideas de una cultura que mantienen la desigualdad, las formas de organización social, estereotipos sexistas, mitos culturales sobre la inferioridad de la mujer. Por su parte, el exosistema hace referencia al ámbito comunitario, a los contextos de las relaciones sociales: laboral, educativo, deportivo... De este nivel depende: que exista una legislación adecuada contra el maltrato, la creación de mecanismos de prevención e intervención y la creación de recursos con profesionales especializadas. Seguidamente, el microsistema incluye las características individuales que incrementan la probabilidad de ser agresor o víctima (factores biológicos, historia personal, características cognitivas, conductuales, afectivas e interaccionales) y las características de las relaciones más cercanas como: familia autoritaria y de estructura patriarcal, violencia de género en la familia de origen, aprendizaje de la violencia para resolver conflictos y aprendizaje de rol femenino de sumisión y subordinación.

La intervención ha de ser **psicosocial e interdisciplinaria**: si tenemos en cuenta las diferentes problemáticas que pueden aparecer es obvio que desde una sola figura profesional no puede darse respuesta. Es imprescindible una intervención interdisciplinaria adecuada a las múltiples necesidades que en cada momento presenten las mujeres; los equipos profesionales que intervienen en el campo de la mujer y especialmente en el campo de la violencia de género deberían de estar formados como mínimo por trabajadoras sociales, psicólogas y abogadas (Canet y García, 1999).

Además, la intervención profesional ha de incorporar la perspectiva de género la cual nos permite analizar la complejidad de las relaciones de poder determinadas por la desigualdad entre hombres y mujeres. Entendemos la perspectiva de género como una perspectiva teórica de análisis de la realidad social que tiene en cuenta la estructura social asimétrica y las relaciones sociales e interpersonales de poder en función del sexo. Des de una perspectiva de género consideramos a la mujer superviviente y no víctima y dirigimos la mirada hacia la agencia de la mujer y su capacidad de iniciativa activa para defenderse y liberarse de la violencia (Català et al., 2013:34). Respecto a la **coordinación** entre las diferentes profesionales que intervienen en el campo de la mujer, tanto interna como con otros recursos del ámbito sanitario, educativo, social, judicial, policial...existentes en cada zona es absolutamente imprescindible. La coordinación evitará criterios dispares entre las profesionales, duplicidad de actuaciones o lagunas en la intervención.

Por otra parte, el **trabajo en red** se realiza colaborando de forma activa con otros profesionales e instituciones implicadas en la atención a las mujeres, planificando intervenciones conjuntas y coordinadas, intercambiando información relevante y participando en actividades multidisciplinarias, con el objetivo de alcanzar una meta consensuada. Pérez-Viejo y Montalvo (2014: 213): es un método de trabajo necesario y fundamental para trabajar realidades complejas, el trabajo en red va más allá de la suma de las diferentes visiones, se parte de la interdependencia y complementariedad entre distintos equipos y se comparten las responsabilidades de las decisiones. Asimismo, se amplía la visión de cada profesional al tener en cuenta el resto de miradas e intercambiar las ideas y visiones, la demanda o necesidad se valora desde una visión integradora, una visión de conjunto y en última instancia, se evita la duplicidad de actuaciones y el derroche de recursos

6. Conclusiones

Podemos decir que en materia de Servicios Sociales los recursos de atención a mujeres de carácter ambulatorio y residencial han aumentado en Valencia y provincia en los últimos años y sobre todo desde la entrada en vigor de la Ley Integral contra la Violencia de Género. Sin embargo, el porcentaje de plazas de protección con respecto a las mujeres con orden de protección es del 3'4% un número de plazas insuficiente si lo comparamos con el País Vasco (60'6%) o con Baleares (38'9%) (Índice DEC, 2015).

Si atendemos a su distribución en el territorio vemos que los centros de carácter residencial se encuentran en Valencia y alrededores exclusivamente, quedando el resto de las comarcas de la provincia de Valencia sin recursos de estas características.

Consideramos que es necesaria la extensión de la atención a todo el territorio con puntos de atención que presten atención integral (psicológica, social y jurídica) a las mujeres y menores sin tener que desplazarse al Centro Mujer 24 Horas de las capitales de provincia para poder acceder a la atención. También habría que crearse recursos residenciales tanto para víctimas como mujeres en situación de exclusión social al menos en las cabeceras de comarca que permita el trabajo de recuperación y de inserción en su entorno y evite la doble victimización.

La gestión de los centros ha de ser pública, con el suficiente personal formado y con los recursos necesarios para realizar una buena intervención profesional y evitar el agotamiento de las profesionales. Todos los recursos han de contar con la figura de la trabajadora social.

En cuanto a los requisitos de ingreso en centros residenciales consideramos que la exclusión de ingreso para aquellas mujeres con problemática de alcoholismo, drogadicción o cuadros psiquiátricos graves, hacen necesario un planteamiento consensuado con los departamentos competentes en salud mental y drogodependencias que regule una tipología de centros adecuados a las situaciones mixtas entre violencia de género y otras patologías que garantice la no exclusión del sistema de protección social a las víctimas de violencia y sus hijos e hijas con estos factores de vulnerabilidad.

En todas las fases de la intervención con mujeres consideramos necesario el trabajo desde el modelo ecológico de comprensión de la violencia y desde la perspectiva de género. Los y las profesionales han de trabajar desde el enfoque psicosocial, de manera interdisciplinar y con la mayor coordinación posible con otros recursos y profesionales de la materia. De esta manera se realizará un verdadero trabajo en red con todas las agentes implicadas evitando duplicidad de actuaciones, derroche de recursos, lagunas en la intervención y potenciando un trabajo conjunto que mejore al máximo el resultado de los protocolos que se han establecido al respecto.

7. Referencias Bibliográficas

AEDGSS (2015): Índice DEC 2015

AJUNTAMENT DE VALÈNCIA (2010): «Protocolo de actuación en situaciones de violencia contra las mujeres en la ciudad de Valencia». Recuperado el 23 febrero 2014 de: <http://bit.ly/2dtVpp7>

BROFENBRENNER, U. (1979): *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona. Paidós.

CANET Y GARCIA (1999): Intervención profesional con víctimas de violencia de género. Una perspectiva interdisciplinar. Trabajo Social Hoy nº 23 (75-92)

- CATALÀ ET AL. (2013): «Recuperació de les dones en situació de violència masclista de parella». Universitat de Barcelona, Ajuntament de Barcelona i Fundació Salut i Comunitat. Recuperat el 14 d'abril de 2014 de: <http://bit.ly/1i07ZqD>
- CONSELLERIA DE TREBALL I SEGURETAT SOCIAL. DIRECCIÓ GENERAL DE SERVEIS SOCIALS (1991): *Mapificación de los Servicios Sociales en la Comunidad Valenciana*. Col.lecció de Serveis Socials nº 10.
- CORSI, J. (1995): *Violencia familiar: una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*. Buenos Aires, Edit. Paidós.
- DIRECCIÓN DE SERVICIOS SOCIALES DEL GOBIERNO VASCO (2015): *¿Qué hacer ante la violencia contra las mujeres? Guía de recursos y servicios*. EuskoJaurilaritzarenArgitalpenZerbitzuNagusia / Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco Donostia-San Sebastián, 1, 01010 Vitoria-Gasteiz.
- EMAKUNDE/INSTITUTO VASCO DE LA MUJER (1991): *Guía de recursos para las mujeres de la Comunidad Autónoma de Euskadi*. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- MORIANA, G (2013): *Entre la exclusión y la violencia. Las mujeres institucionalizadas en los centros de protección de mujeres de la Comunidad Valenciana*. Tesis Doctoral.
- PÉREZ-VIEJO I MONTALVO (coords.) (2014): *Violencia de género. Prevención, detección y atención*. Madrid. Grupo 5.
- UCEDA-MAZA, F. X. (2014): «Investigació El sistema de Serveis Socials davant la crisi econòmica. Reptes, desafiaments i territori: el cas de la província de València». UV-INV-PRECOMP12-82190
- VVAA (2014): «Acuerdo interinstitucional por el que se aprueba el protocolo para la coordinación de las actuaciones en materia de violencia de género en la Comunitat Valenciana». Recuperado 6 marzo 2016 de: <http://bit.ly/2cDk7S2>
- ZÚÑIGA, J. A (2005): «Los modelos de atención para la mujer que padece violencia». Recuperado el 17 de febrero 2011 de: <http://bit.ly/2d9dVAS>

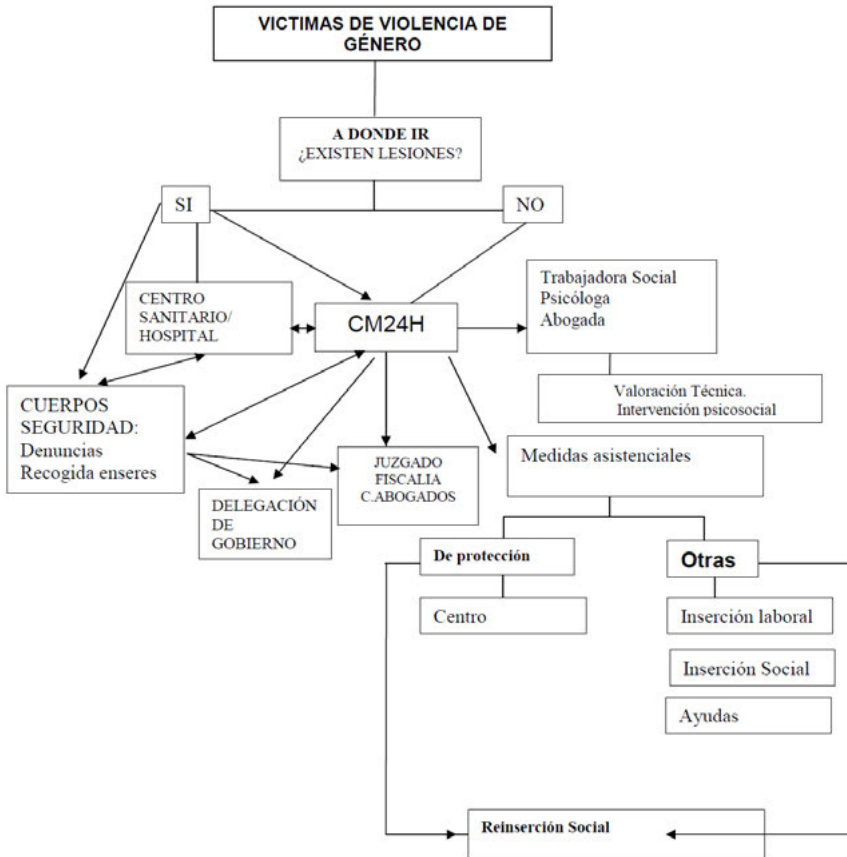
Webs de referencia

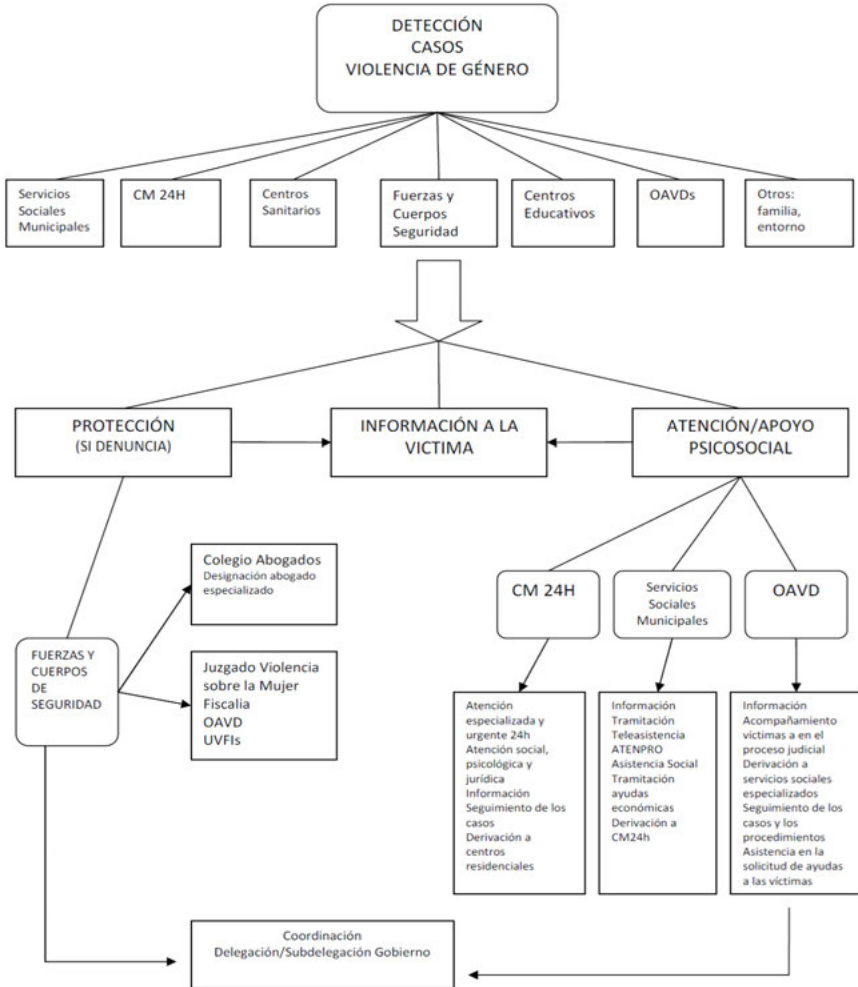
- Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives de la Generalitat Valenciana www.sinmaltrato.gva.es
- EMAKUNDE (Instituto Vasco de la Mujer): <http://bit.ly/24F12mg>
- Institut Català de les Dones de la Generalitat de Catalunya: <http://dones.gencat.cat/ca/>
- Instituto Andaluz de la Mujer. Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad y Políticas Sociales: <http://bit.ly/2dtVLMn>
- Guía de Recursos para Mujeres de la Comunidad de Madrid: <http://bit.ly/2cNzJ31p>
- Dirección General de la Mujer de la Comunidad de Madrid: <http://bit.ly/2d1rT7x>

Anexo I



E. DIAGRAMAS INTERVENCIÓN





7 Los Servicios Sociales para la familia e infancia

Marta Climent López
Francesc Xavier Uceda-Maza

«Las infancias nunca duran,
pero todos se merecen una»
Wendy Dale.

1. Introducción

La protección a la infancia ha tenido un desarrollo histórico similar en la mayoría de los países occidentales, aunque con ritmos distintos en la aplicación de las medidas a adoptar. Pero no se puede analizar el actual sistema de protección a la infancia, sin mencionar como se ha llegado a configurar el mismo.

Se estructura en tres etapas en España (Fernández y Fuertes, 2000): dispositivo tutelar, construcción del estado del bienestar y el paradigma de los derechos:

- a) **La constitución del dispositivo tutelar** (finales S.XIX hasta década de los 70 del S.XX), denominada por algunos autores como la Restauración (Mato y otros, 1999:40), en la que siguiendo una corriente proteccionista y de beneficencia se promulgo (entre otras), la primera Ley de protección a la infancia en 1904.
- b) Es un modelo netamente asistencial que se extiende en España hasta la década de los 80, se caracteriza por: falta de legislación homogénea, escaso desarrollo del sistema, desconocimiento de las necesidades reales, inexistencia de planificación, exceso de burocratización y recursos escasos, ausencia de derechos de la infancia y de las familias.
- c) **La construcción del estado de Bienestar** y su influencia en la protección a la infancia produce un gran avance y modernización de la protección. Con la Constitución Española en 1978 se inicia un proceso de cambio en el sistema de protección, dando inicio a un modelo inspirado en un sistema de derechos y de mayor igualdad social.

- d) en **el paradigma de los derechos** que aporta la Convención de los derechos del niño de la ONU de 1989 (Danieli, 2012). En este paradigma los derechos de la infancia son nucleares, además de concebir la participación de la infancia como fundamental. Se concibe a la infancia como sujetos de derechos en proceso de formación. Los derechos de la infancia han de ser preservados en todo proceso del que formen parte. Desde este paradigma se configura el actual sistema de protección a la infancia.

La protección de los/as niños/as integra un conjunto de actuaciones cuyo propósito es prevenir y modificar una gran diversidad de situaciones de desprotección infantil, pero la realidad obliga a distinguir entre situaciones de desprotección de muy diversa índole, que exigen un tratamiento diferenciado y una pluralidad de respuestas que se adapten a las necesidades de cada caso. Por ello es necesario distinguir entre:

1.- Situación de riesgo: aquella en la que, a causa de circunstancias, carencias o conflictos familiares, sociales o educativos, el niño o la niña se vea perjudicado en su desarrollo personal, familiar, social o educativo, en su bienestar o en sus derechos de forma que, sin alcanzar la entidad, intensidad o persistencia que fundamenten su declaración de situación de desamparo y la asunción de la tutela por parte del ministerio de la Ley, sea precisa la intervención de la administración pública competente, para eliminar, reducir o compensar las dificultades o inadaptación que le afecten y evitar su desamparo y exclusión social, preservando su entorno familiar¹.

Entre las actuaciones que se podrán llevar a cabo ante tal situación se encuentran las medidas preventivas, que contemplan la intervención desde los dispositivos propios de los Servicios Sociales:

- a) **Servicios especializados de atención a la familia e infancia (SEAFIS):** son equipos interdisciplinarios de intervención que forman parte de la Atención Primaria de Servicios Sociales. La intervención de estos servicios incluye la prevención, atención y tratamiento de las problemáticas familiares cuando existan menores en situación de riesgo o con medida jurídica de protección. Entre sus técnicas de intervención, utilizarán las de orientación familiar, mediación, terapia familiar, etc.
- b) **Puntos de encuentro familiar (SPEF):** es un recurso especializado, de carácter público y gratuito. Es un lugar neutral, de intervención temporal, supervisado por profesionales, donde se reúnen los hijos con la madre o el padre no custodio. Es pues, un recurso de ayuda socio psicopedagógica para que el derecho fundamental que tiene el hijo/a a mantener contacto con cada uno de sus padres, parientes o allegados autorizados legalmente, se lleve a cabo con garantías de seguridad y calidad relacional

1. Artículo 17 de la Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia.

- c) **Los centros de día**, son aquellos destinados a atender a niños/as y adolescentes, durante el día, prestando servicios complementarios de soporte y apoyo familiar, contribuyendo a paliar sus carencias y mejorar su proceso de integración social, familiar y laboral².

Se clasifican en función de su actividad:

- 1) **Centros de día de apoyo convivencial y educativo**: que son centros de atención diurna que realizan una labor preventiva a través de programas de apoyo socioeducativo y familiar, actividades de refuerzo escolar, ocio y tiempo libre, cultura, deporte y formación. En ellos pueden participar niños y niñas hasta los 18-20 años. Y realizan sus actividades en horario extra-escolar (Ferrero, 2012).
- 2) **Centros de día de inserción socio-laboral**: son centros de atención diurna que realizan una labor preventiva y educativa con adolescentes en situación de riesgo, con el objetivo de potenciar su desarrollo personal e integración social. Ofrecen talleres de formación pre-laboral y laboral a adolescentes entre 16 y 18 años.

Como mencionamos con anterioridad, la situación en la que un/a niño/a puede encontrarse determinará las medidas de protección a imponer, descrita la situación de riesgo, se describirá la situación de desamparo.

2.- Situación de desamparo: la que se produce de hecho a causa del incumplimiento, o del imposible o inadecuado ejercicio de los deberes de protección establecidos por las leyes para la guarda de los menores, cuando éstos queden privados de la necesaria asistencia moral o material. Asumiendo la tutela de aquél menor el ministerio de la Ley, y adoptando las oportunas medidas de protección, siendo una de las fundamentales el acogimiento residencial en centros de acogida.

- a) El acogimiento residencial es una medida de protección, que consiste en la prestación de servicios de alojamiento, manutención, apoyo educativo y atención integral del menor en un centro de carácter residencial³. Entre la tipología de centros de carácter residencial que la Ley regula, encontramos los centros de acogida de menores⁴, que son establecimientos abiertos de atención integral y carácter educativo para niños/as y adolescentes en situación de guarda y/o tutela, que se encuentren privados de un ambiente

2. Artículo 12 de la ORDEN de 19 de junio de 2003, de la Conselleria de Bienestar Social, por la que se regula la tipología y condiciones materiales y de funcionamiento de los Centros de Protección de Menores, en la Comunitat Valenciana.

3. Artículo 109 de la Ley 12/ 2008, de 3 de julio, de protección integral de la infancia y la adolescencia de la Comunitat Valenciana.

4. Artículo 18 de la ORDEN de 19 de junio de 2003, de la Conselleria de Bienestar Social, por la que se regula la tipología y condiciones materiales y de funcionamiento de los Centros de Protección de Menores, en la Comunitat Valenciana.

familiar idóneo, cuyo periodo de estancia será el que determine la resolución administrativa de la que derive su ingreso.

Dentro del concepto de centro de acogida se agrupan todos los establecimientos que ubicados en residencias, pisos, viviendas u hogares acojan, con el carácter descrito, a menores de edad. En este sentido y en función de la edad y características de sus usuarios/as, se englobarán y asimilarán dentro de la definición de centros de acogida, expresiones como residencias infantiles, residencias comarcales, residencias juveniles, pisos para menores, adolescentes o jóvenes y centros de atención especializada, de formación especial o terapéutica.

2. La ordenación actual: situación legal, su ordenación

El cambio producido en las últimas décadas en la conciencia social, respecto del papel real que en la sociedad actual debe corresponder a los/as niños/as, ha dado lugar al abandono de la tradicional concepción de la atención a las necesidades de los/as niños/as como función prácticamente exclusiva de los titulares de la patria potestad o tutela, es decir, inmersa en la más pura teoría privatista, con actuaciones públicas muy limitadas y enmarcadas en la idea de «beneficencia»⁵.

Tal cambio ha supuesto el entendimiento general de que los/as niños/as deben ser sujetos de los derechos que, a toda persona, por el hecho de serlo, le corresponden, además de sujetos de aquellos derechos derivados de la especial protección que, por su propia dependencia de otros, les es debida. Para ello, los poderes públicos deben arbitrar las medidas tendentes a que los particulares que están obligados a ello, protejan y promuevan el efectivo ejercicio de tales derechos e, incluso, a sustituirlos en dicha función cuando no puedan o no sean capaces de hacerlo, con la finalidad última de procurar el desarrollo integral de los/as niños/as.

Este es el espíritu que subyace en la renovada normativa del Estado sobre los/as niños/as e, igualmente, en los acuerdos internacionales más recientes que han posibilitado el desarrollo del actual sistema de protección a la infancia.

La principal legislación a nivel internacional es la siguiente:

5. Recogido en la exposición de motivos de la Ley 1/1998, de 20 de abril, de los Derechos y la Atención al Menor.

Cuadro 1. Normativa Internacional de protección de la infancia

Convención sobre los derechos de los niños y niñas de la ONU, 1989.	Constituyó un gran avance en la concepción de la infancia y la adolescencia. El/la niño/a es reconocido desde ese momento como un sujeto de derechos, titular de todos los derechos contemplados en los tratados de derechos humanos.
Convenio de la Haya , del 28 de mayo de 2010, ratificado el 6 de septiembre del 2010.	Relativo a la competencia, la ley aplicable, el reconocimiento, la ejecución y la cooperación en materia de responsabilidad parental y medidas de protección de los niños y las niñas.
Convenios del Consejo de Europa: 25 de octubre de 2007, ratificado el 22 de julio de 2010. 25 de enero de 1996, ratificado el 11 de noviembre de 2014	Realizado en Lanzarote, relativo a la protección de los niños/as contra la explotación y abuso sexual. Realizado en Estrasburgo, sobre el ejercicio de los derechos de los niños y niñas.
Reglamento (CE) n° 2201/2003 del Consejo de 27 de noviembre del 2003.	Sobre lo relativo a la competencia, el reconocimiento y la ejecución de resoluciones judiciales en materia matrimonial y de responsabilidad parental. Este reglamento deroga el Reglamento (CE) n° 1347/2000.

Fuente: Elaboración propia, 2016.

La legislación internacional referente a la protección de la infancia y adolescencia está actualizada y contempla la regulación de aquellas situaciones que puedan suponer un menoscabo a la integridad de los niños y niñas, pretendiendo un correcto y pleno desarrollo de los menores. Esta legislación supuso un gran avance en el reconocimiento como ente propio a la infancia.

A nivel estatal, según la fecha de su promulgación, cabe destacar:

Cuadro 2. Normativa nacional de protección de la infancia

Constitución Española 1978	Es la cúspide del ordenamiento jurídico español. El artículo 39 , instaura la protección a la familia y la infancia. A través de los poderes públicos, se asegura la protección social, económica y jurídica de la familia y la protección integral a los/as hijos/as, así como la prestación de asistencia a los padres en todo caso y circunstancia.
Código Civil	Es el conjunto de normas jurídicas y principios que regulan las relaciones personales o patrimoniales entre personas privadas, públicas, físicas y jurídicas. Especial importancia para nosotros posee el Título VII del Libro I, sobre las relaciones paterno-filiales.

<p>Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero de protección Jurídica del Menor</p>	<p>Constituye, frente a las previsiones del Código civil en esta materia, el principal marco regulador de los derechos de los/as menores de edad, garantizándoles una protección uniforme en todo el territorio del Estado. Esta Ley ha sido el referente de la legislación que las Comunidades Autónomas han ido aprobando posteriormente, de acuerdo a sus competencias⁶.</p>
<p>Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia</p>	<p>Introduce los cambios necesarios en la legislación española referentes a la protección a la infancia y la adolescencia, para continuar garantizando a los/as menores una protección uniforme: Determina las circunstancias que determinan la situación de desamparo. Regula por primera vez la competencia de las Entidades Públicas respecto a la protección de menores españoles en situación de desamparo en el extranjero. Define los criterios de los acogedores. Y pasa a constituirse como el referente para las Comunidades Autónomas en el desarrollo de su respectiva legislación en esta materia.</p>

Fuente: Elaboración propia

A nivel estatal podemos decir que disponemos de una legislación actualizada, pero si el análisis se hubiera realizado a principios del año pasado, la situación podría haber sido distinta, debido a que se ha tardado casi 20 años, en promulgarse una nueva Ley de protección a la infancia, a pesar de que los cambios sociales que se han ido produciendo, demandaban una mejora en los instrumentos de protección. La nueva Ley de protección se promulgo con el objetivo de atender y dar respuesta a estas demandas y necesidades.

Carlos Martínez-Almeida Morales (2015), Presidente de la Plataforma de Infancia en España⁷, considera que la Ley 26/2015, incorpora en gran medida parte de las demandas del Comité de los Derechos del Niño de Naciones Unidas realizadas a España en 2010, además de las recomendaciones realizadas por el Defensor del Pueblo, la Comisión Especial del Senado sobre Adopción Nacional y otros temas afines junto con las Entidades Públicas de Protección de Menores de las CCAA. Y que *La reforma de las leyes vinculadas a la infancia supone un avance histórico en la protección de los niños y de las niñas en España*.

La Constitución de 1978 y la legislación estatal configuran el marco básico, y las CC. AA desarrollan ese marco. En este sentido el Estatuto de Autonomía de la Comunitat Valenciana, en su artículo 31, apartado 24, establece la competencia exclusiva de la Generalitat Valenciana en materia de asistencia social y, en su

6. Preámbulo de la Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia.

7. Véase en <http://bit.ly/2cFCdm3> (Consultado 15/04/2016).

apartado 27, fija la responsabilidad en el ámbito de las Instituciones Públicas de protección y ayuda de menores.

Cuadro 3. Normativa autonómica de protección de la infancia

<p>Ley 5/1997, 25 junio, regula sistema de Servicios Sociales en el ámbito C.V</p>	<p>Regula los aspectos básicos de los Servicios Sociales (aunque no desarrolló los decretos básicos de ordenación). Señala los derechos básicos de la ciudadanía en Servicios Sociales (aunque ninguno de ellos los desarrollo como subjetivos). Establece el Plan Concertado de Servicios Sociales Generales (nunca se desarrolló).</p>
<p>DECRETO 93/2001, de 22 de mayo, del Gobierno Valenciano, por el que se aprueba el Reglamento de Medidas de protección Jurídica del Menor en la C.V.</p>	<p>La competencia en materia de protección y adopción de menores es atribuida a la Generalitat Valenciana Regula las medidas de protección para la infancia. Ordena las diversas situaciones en las que pueden encontrarse los/as niños/as como la: situación de riesgo (capítulo I), el apoyo familiar (capítulo II), de desamparo y tutela (título II), la guarda (título III).</p>
<p>Orden 19 de junio 2003, que regula la tipología y condiciones materiales y de funcionamiento de los centros de protección de menores, en la C.V.</p>	<p>Define que son los centros de protección de menores, su tipología y los principios de actuación.</p>
<p>Orden 17 enero 2008, que regula organización y funcionamiento de los centros de protección y acogimiento residencial, y estancia de día en la C.V</p>	<p>Dedica íntegramente su Título II a la medida de acogimiento residencial, exponiendo en su art. 9.1., que se aplicará esta medida preferentemente siempre que no exista posibilidad de un acogimiento familiar adecuado, o cuando concurran determinadas situaciones recogidas en el artículo. Contempla además los derechos y deberes de la comunidad educativa en los centros de acogimiento residencial, las normas de convivencia y las medidas educativas a imponer.</p>
<p>Ley 12/2008, 3 julio, de Protección integral de la infancia y adolescencia en la C.V.</p>	<p>Reconoce y protege los derechos básicos de los menores, concibiendo a estos como sujetos activos de derechos, estableciendo un conjunto de medidas, estructura, recursos y procedimientos para hacer efectiva la protección social y jurídica del menor de la C.V. Clarifica en su Art. 100 el procedimiento de declaración de la situación de desamparo. Crea el Observatorio Permanente de la Familia e Infancia en la C.V. y el Comisionado del Menor.</p>

Fuente: Elaboración propia

Contamos con una básica de la Comunitat Valenciana, que no es innovadora, y se limita a reproducir las cuestiones elementales. Además, deberá próximamente actualizarse y adaptarse a la legislación básica del estado.

La legislación de la que disponemos, continúa creando estereotipos que fomentan críticas infundadas hacia determinados recursos ya que a nuestro juicio la ley no debe determinar que recurso será el ideal cuando nos encontremos ante un/a niño/a en situación de desamparo, porque cada niño/a tiene una problemática, le acompañan unas circunstancias y en función a las mismas, habrá que determinar que recurso es el idóneo o *ideal* para él/ella (Sala, 2016), desde el respeto total a sus derechos.

Además, si la Ley, sigue apostando por promocionar un determinado recurso, como sucede en la Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia, con el recurso de acogimiento familiar, no debería únicamente, determinar que es el primer recurso a aplicar, en detrimento del acogimiento residencial, sino que las políticas de las administraciones deberían apostar por él, invertir en él, y adoptar todas las medidas necesarias para que el recurso realmente funcione, formando por ejemplo, a las familias acogedoras y realizando un exhaustivo seguimiento (Lenguasco, 2016).

Mención aparte tendrá si alguno de los aspectos que se determinan por Ley, deberían venir determinados. A modo de ejemplo, la Ley 26/2015, de 28 de julio, vuelve a fijar, por norma general, como periodo máximo de estancia en un centro de acogida, dos años, periodo que no suele cumplirse, dado que la práctica muestra, que el periodo de estancia en los centros de acogida suele superarlo. Y suele superarlo, porque la problemática que acompaña a los/as niños/as en situación de desamparo, a menudo es muy compleja, y dependerá de una multiplicidad de factores y debería determinarse, por las características y circunstancias específicas de cada niño y niña (Domínguez, J., 2010).

3. Análisis de la cuestión

A continuación, se presentará detallado en una tabla, los diferentes recursos analizados a nivel de la Provincia de Valencia, para llevar a cabo, posteriormente, un análisis comparativo con la situación de los mismos en la mapificación llevada a cabo por la Conselleria en el año 1991.

Tabla 1. Distribución de centros y características 2012

Recursos	Titularidad			Gestión					Nº Plazas y acceso		
	Pública	Privada	Total	3 ^{er} Sector	Pública	Concertada	Cont.	Total	Pública	Privada	Total
Centros de Inserción socio laboral	5	7	12	7	5	0	0	12	102	157	259
Centros de Día	13	15	28	15	13	0	0	28	296	284	580
Centros de Acogida	6	15	21	12	2	4	3	21	133	135	268
Puntos de Encuentro	9	0	9	8	1	0	0	9			
SEAFI	49	0	49	0	49	0	0	49			

Fuente: Elaboración propia

Entre los recursos existentes en la provincia de Valencia, encontramos:

- Doce Centros de Inserción Socio-Laboral, predominando la titularidad privada (7) con gestión del tercer sector (7) y un acceso a las plazas de forma privada (157).
- Veintiocho Centros de Día, prevaleciendo la titularidad privada (15), de gestión del tercer sector (15), con acceso a las plazas de forma pública (296). A pesar de predominar la titularidad privada, existe un mayor número de plazas públicas, debido a que los centros públicos tienen una mayor capacidad.
- Veintidós Centros de Acogida, con mayor número de centros con titularidad privada (15), con gestión del tercer sector (12) y un acceso a las plazas de forma privada (135).

Todos los centros comparten un patrón similar: titularidad privada con gestión del tercer sector.

Esto es debido a que la participación del tercer sector, en el ámbito de la familia y la infancia, en la Comunitat Valenciana ha sido y es muy amplia, por razones históricas.

Entre estas razones, cabe destacar el proceso de desinstitucionalización que se llevó a cabo en la década de los 80, donde se perseguía substituir las macro residencias, de titularidad pública existentes, que tenían capacidad para un amplio número de niños y niñas, por residencias con menor capacidad, en las que poder ofrecer una atención más individualizada. En este proceso participaron principalmente entidades religiosas y del tercer sector laicas, lo que amplió considerablemente el predominio del tercer sector en el ámbito de la infancia.

De entre todos los Servicios Sociales especializados recogidos en la mapificación realizada en el año 1991, del sector de la infancia y juventud, el resultante se recoge en la siguiente tabla:

Tabla 2. Distribución de los recursos especializados, año 1991

Recurso	Gestión			Comarca
	Pública	Sin ánimo lucro	Total	
Residencias	6	5	11	Horta Nord
Centro de día	0	3	3	
Residencias	2	3	5	Horta Oest
Centro de día	1	2	3	
Residencias	0	0	0	Llíria/Ademuz
Centro de día	0	1	0	
Residencias	1	0	1	Sagunt
Centro Día	0	2	2	
Residencias	0	2	2	Horta Sud
Centro día	1	1	2	
Residencias	1	1	2	La Safor
Residencias	1	1	2	Hoya Buñol
Centro Día	1	0	1	
Residencias	0	2	2	Ribera Alta
Centro Día	1	0	1	
Residencias	0	1	1	Costera
Centro Día	0	1	1	
Residencias	5	24	29	Ciudad de Valencia
Centro Día	1	6	7	
Total				
Residencias	16	39	55	Provincia Valencia
Centro Día	5	16	21	

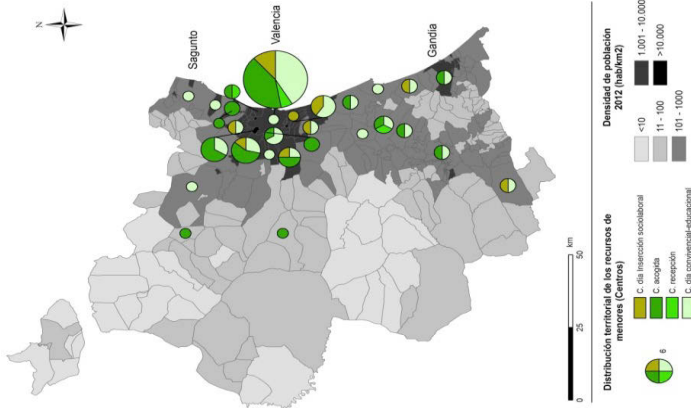
Fuente: Elaboración propia, partiendo de la mapificación de 1991.

De las 55 residencias que existían en el 1991, el 70,01% estaban gestionadas por el tercer sector. Modelo similar seguían los centros de día, dado que de los 21 existentes, 16 estaban gestionados por el tercer sector, es decir un 76,19% del total.

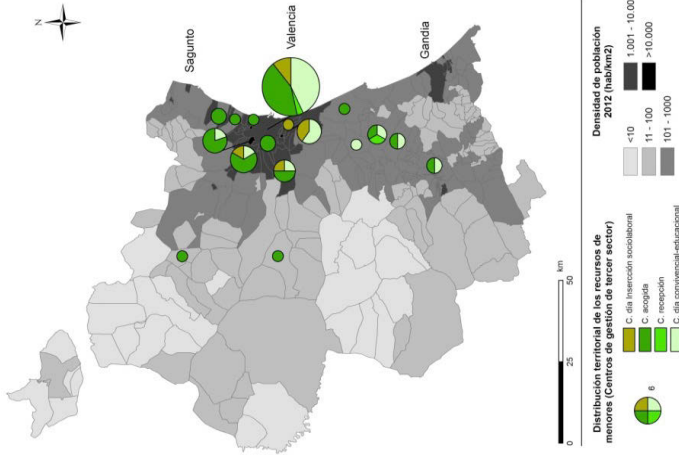
De la tabla también puede desprenderse la agrupación de recursos en la ciudad de Valencia y proximidades, con un 81,58% del total de los recursos. Lo que generaba una desigualdad de oportunidades en el acceso a los recursos de los habitantes.

Los recursos actuales, poseen la siguiente mapificación:

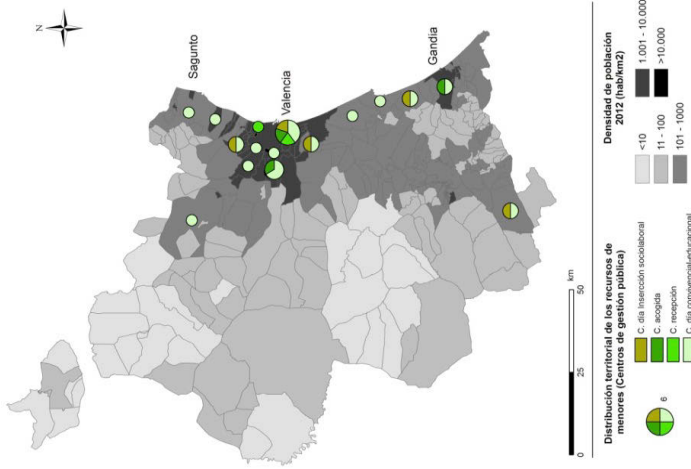
Mapa 1: Distribución territorial de Centros



Mapa 2: Distribución territorial gestión 3^{er} sector



Mapa 3: Distribución territorial gestión pública



Fuente: El sistema de serveis socials davant la crisi econòmica (2014)

Del análisis de los mapas, podemos extraer que:

Si se atiende a la distribución territorial de los centros, se observa una amplia concentración de recursos en la ciudad de Valencia y sus alrededores. Como ya sucedía en la mapificación realizada en el año 1991.

El recurso que menor agrupación presenta, es el centro de día convivencial-educacional, al encontrarse no solo en la ciudad de Valencia y alrededores próximos, sino que también existen en localidades alejadas, como Ontinyent, Xàtiva y/o Gandía. En cualquier caso, coincidimos con Ferrero (2012:54), cuando señala que:

La red preventiva es poco densa, desigual y dispersa, que se concentra en algunos núcleos poblacionales de importancia y que es prácticamente inexistente en otras zonas del territorio. La falta de planificación de la red provoca incoherencias y desigualdades geográficas como la circunstancia de que ciudades de más de 100.000 habitantes como Elx o Elda no cuenten con Centros de Día, ni municipales ni de gestión privada. Así mismo, ciudades de entre 20.000 y 50.000 habitantes como Crevillent, Sant Vicent del Raspeig, Ibi, Dénia, Oliva, Catarroja, Alaquàs, Mislata, Manises, La Vall d'Uixó, Borriana, Torrevieja y Benidorm tampoco disponen de ningún recurso para la intervención con menores en situación de vulnerabilidad.

Al analizar la gestión de estos centros, como adelantamos, por motivos históricos, el tercer sector es el predominante. Mostrando también, una agrupación en la ciudad de Valencia y alrededores. A excepción de los centros de acogida de Alzira, Carcaixent y Xàtiva, que están un poco más alejados de la capital. Aunque muy próximos entre sí.

Esto continúa fomentando una desigualdad en los derechos de los niños y niñas que puedan necesitar residir en un centro de acogida (más adelante será justificada esta afirmación).

Si comparamos los recursos de gestión pública, detectamos que también se concentran en la ciudad de Valencia y alrededores.

Esta distribución desigual de los recursos implica una desigualdad en los derechos de la infancia, en función de donde residan, a modo de ejemplo:

- No tendrán las mismas posibilidades de residir en un centro de acogida próximo a su lugar de origen, (derecho que determina la Ley 26/2015, de 28 de Julio de protección a la infancia y a la adolescencia y recoge también la Ley 12/2008, de 3 de julio de protección integral de la infancia y la adolescencia de la Comunitat Valenciana, en su artículo 110.1)⁸, los/as niños/as que residan en Valencia, como aquellos/as que residan, por ejemplo, en Albaida.
- Existen pocos centros de inserción socio-laboral, lo que puede generar que por ejemplo, un/a niño/a de Requena, que necesitará acudir a uno, tuviera

8. El acogimiento residencial es una medida de protección que consiste en la prestación de servicios de alojamiento, manutención, apoyo educativo y atención integral del menor en un centro de carácter residencial.

que desplazarse a la ciudad de Valencia o alrededores (si existieran plazas), y de no ser así, tendría que ir a Ontinyent o Gandía. Lo cual implicaría un excesivo traslado, que podría generar que a pesar de necesitar el recurso no pudiera acudir.

Lo mismo sucede si se analizan los SEAFIS:

A la fecha de la investigación y del trabajo de campo realizado, existían 49 SEAFIS.

Que están distribuidos como recoge la siguiente tabla:

Tabla 3. Distribución territorial de los SEAFIS

Comarca	Número municipios	Capital Comarca	SEAFI en la capital de comarca	Número de SEAFIS existentes
Camp del Turia	16	Llíria	Sí	1
Camp de Morvedre	16	Sagunt	Sí	1
La canal de Navarres	8	Enguera	Sí	2
La Costera	19	Xàtiva	Sí	2
Hoya de Buñol	9	Chiva	No	1
Horta Nord	22	Puçol	No	9
Horta Sud	12	Catarroja	Sí	10
Horta Oest	9	Torrent	Sí	5
Requena- Utiel	9	Requena	No	0
Rincón de Ademuz	7	Ademuz	No	0
Ribera Alta	35	Alzira	Sí	4
Ribera Baixa	12	Sueca	Sí	1
La Safor	31	Gandia	Sí	6
Los Serranos	19	Chelva	No	3
La Vall d'Albaida	34	Ontinyent	No	2
Valle Cofrentes	7	Ayora	Sí	1
Valencia	1	Valencia	Sí	1
Total	266			49

Fuente: Elaboración propia.

El número de SEAFIS existentes, no es proporcional al número de municipios existentes, porque solo el 18,4% de los municipios están cubiertos, al igual que no es correspondiente a la representación de municipios que se agrupan por cada comarca, como puede verse en la tabla: la Ribera Alta es la comarca con mayor número de municipios (35) seguida de La Vall d'Albaida (34), y en cambio solo

cuentan con 4 y 2 SEAFIS correspondientemente, frente a los 10 que tiene l'Horta Sud, que agrupa 12 municipios. A pesar de que La Ribera Alta cuente con 216.211 habitantes y l'Horta Sud con 163.253.

Según los datos que publica en el año 2012 El Síndic de Greuges⁹, se sigue una línea descendiente en el mantenimiento de los SEAFIS: en el año 2010 en la provincia de Valencia existían 57, frente a los 56 del año 2011 y los 49 que existían en el año 2012. En el 2013 hubo una reducción de entre el 65%-40% de la aportación de la Conselleria a la financiación, lo que ha conllevado la desaparición de equipos y figuras profesionales (sumado al año 2012 que se redujo la partida de los SEAFI en 1.000.000 euros) (Uceda-Maza y Domínguez, 2014).

Esto podría tener su explicación en el hecho de que hasta el año 2011 el objetivo de los SEAFIS era la intervención especializada de carácter integral en núcleos familiares que se encontraran en situación de vulnerabilidad o conflicto, existieran o no menores en situación de riesgo o desamparo (Síndic de Greuges, 2012). Pero a partir del año 2012 y conforme a lo establecido en la Orden 23/2011, de 29 de diciembre, de la Conselleria de Justicia y Bienestar Social, por la que se regulan y convocan ayudas dirigidas a programas de atención a menores en situación de riesgo y con medidas jurídicas de protección, se produce un cambio substancial en el objeto de intervención de los SEAFIS, pasando a ser «el objeto de estos servicios, la intervención especializada con menores en situación de riesgo y medida jurídica de protección y sus familias»¹⁰. Cambio que produce la exclusión de la atención de niños/as y familias, que hasta el año 2011 habían sido atendidos como casos de violencia, crisis familiares...etc. Aspecto que limito y modifíco su actuación, conllevando que un gran número de niños/as y sus familias dejaran de ser atendidas, aunque se encontraran en situaciones de conflicto y vulnerabilidad graves.

En cuanto a su distribución territorial, se sigue con el mismo patrón que los recursos analizados previamente, al aglomerarse el mayor número de SEAFIS en las comarcas colindantes a la ciudad de Valencia (Horta Nord, Horta Sud y Horta Oest), con la excepción de la Ribera Baixa que solo dispone de uno.

Por todo lo analizado, podemos concluir al respecto, que, si comparamos la distribución territorial de los recursos existentes actualmente con la distribución del año 1991, comprobamos que no ha variado sustancialmente, dado que la gran mayoría de recursos estaban ubicados en la ciudad de Valencia y alrededores, existiendo la misma desigualdad de accesibilidad que había en el año 1991, después de 25 años de desarrollo e implantación de los Servicios Sociales (en teoría).

Pero si han sufrido alguna variación algunos aspectos, entre los que podemos destacar:

- Reducción de los centros: el número de plazas de los recursos se ha visto disminuido por la aplicación de la nueva normativa. A modo de ejemplo,

9. Síndic de Greuges de la C.V. Ref. Queja nº 1107939. Del 31/10/2012.

10. Orden 23/2011, de 29 de diciembre de la Conselleria de Justicia y Bienestar Social.

el centro de acogida de Xàtiva, contaba en el año 1991 con 19 plazas y actualmente dispone de 10. Lo mismo sucede con el centro de acogida de Carcaixent, que disponía de 20 y ahora de 10. No obstante cabe señalar que las nuevas incorporaciones no han sido de centros públicos sino del tercer sector y/o de empresas privadas.

- La distribución de los/as niños/as residentes: existían centros que, al estar gestionados por órdenes religiosas, separaban a niños y niñas en sus instalaciones. Por ello podíamos encontrar residencias que eran solo para niñas, como el caso de Alzira y Xàtiva, y que actualmente acogen a menores de ambos sexos. Este cambio también ha venido motivado por la actual regulación legislativa que entiende que no debe haber plazas residenciales en función de los sexos.
- Profesionalización: ha existido una profesionalización del sector. A modo de ejemplo, en la residencia de Xàtiva, hasta el año 1997, el personal que atendía a los/as niños/as eran personas religiosas. En el año 1997, recibieron la autorización por parte de la Consellería y se formó un equipo interdisciplinar, que contaba ya con la figura del trabajador social.

Aspectos que suponen una mejora en la calidad de vida de los/as residentes (Domínguez, 2010).

4. Referencia con otras Comunidades Autónomas que sirvan de modelo

La Constitución Española no contempla directa y expresamente la protección y tutela de los menores en el sistema de distribución de competencias regulado en los artículos 148 y 149. Porque en esta materia, sin perjuicio de los aspectos civil, penal y penitenciario que inciden en la misma, se entiende subsumida en la «Asistencia Social», ámbito competencial que, en virtud del apartado 20 del artículo 148, corresponde a las Comunidades Autónomas con carácter exclusivo.

No obstante, no es idéntico en los Estatutos de Autonomía el carácter y alcance con que se atribuye competencias en esta materia a las respectivas Comunidades. Por ello, presentamos las peculiaridades que se han seguido en Catalunya y Navarra-Nafarroa, al encuadrarse según Beltrán (2014) en las Comunidades de autonomía plena o de primer grado, al otorgarles su estatuto de autonomía, en el caso de Catalunya: competencia exclusiva en materia de instituciones públicas de protección y tutela de menores, respetando en todo caso, la legislación civil, penal y penitenciaria y en el caso de Navarra-Nafarroa, el Amejoramiento Foral atribuye competencia exclusiva en materia de «instituciones y establecimientos públicos de protección y tutela de menores y reinserción social, conforme a la legislación general del Estado».

A continuación, pasan a reseñarse los aspectos citados:

4.1. Régimen jurídico de la protección de menores en Catalunya

La especial vulnerabilidad de este colectivo justifica la preocupación de los poderes públicos en materia de infancia y adolescencia, y, por consiguiente, es la causa de la constante adaptación de dicha materia a las nuevas realidades sociales. La última adaptación del sistema de protección de menores en Catalunya viene de la mano de la Ley 14/2010, de 27 de mayo, de los derechos y oportunidades en la infancia y la adolescencia (DOGC núm. 5641, de 2.6.2010; en adelante, LDOIA) que, junto con la Ley 25/2010, de 29 de julio, del libro segundo del Código Civil de Catalunya, relativo a la persona y la familia (DOGC núm. 5686, de 5.8.2010), supuso un punto de inflexión en el ordenamiento jurídico catalán en la medida en que se dio por finalizada una situación de dispersión normativa que dificultaba la localización del derecho aplicable en materia de infancia y adolescencia.

A continuación, se recoge en el siguiente cuadro la legislación que se ha aplicado y la que está vigente para comprobar la evolución.

Cuadro 1. Normativa aplicable en Catalunya

Legislación	Aspectos reseñables
1º Estatuto autonomía de Catalunya 1979	La Generalitat asume los servicios de protección a la infancia en su art. 9.28.
Estatuto de autonomía de Catalunya 2006	En su Art. 166.3 EAC 200, vuelve a otorgar la competencia exclusiva a la Generalitat.
Ley 11/1985, de 13 de junio, de protección de menores (DOGC núm. 556, de 28.6.1985)	Consideraba: la prevención de la delincuencia infantil y juvenil, su tratamiento y la tutela de los menores desamparados por falta o inadecuado ejercicio de la potestad de los padres u otros regímenes de protección.
Ley 37/1991, de 30 de diciembre, sobre medidas de protección de los menores desamparados y de la adopción (DOGC núm. 1542, de 17.1.1992; en adelante, LPMDA):	Reguló de manera autónoma la parte relativa a la protección de los menores desamparados de la Ley 11/1985. En su regulación incluyó el régimen jurídico de la declaración de desamparo, de las medidas de protección y de la adopción. Además segregó dentro de la protección de menores, la potestad propiamente protectora de la meramente reformadora Y reguló por primera vez en Cataluña la figura de la adopción.
Ley 8/1995, de 27 de julio, de atención y protección de los menores y los adolescentes y de modificación de la Ley 37/1991 (DOGC núm. 2083, de 2.8.1995; en adelante, LAPIA)	Incorporó fehacientemente la filosofía de la Convención sobre los Derechos del Niño de 1989.

Legislación	Aspectos reseñables
Ley 9/1998, de 15 de julio, del Código de Familia (DOGC núm. 2687, de 23.7.1998)	Agregó aspectos relativos a la adopción de menores y, en menor medida, a la declaración de desamparo.
Ley 27/2001, de 31 de diciembre, de justicia juvenil (DOGC núm. 3580, de 21.2.2002) y la Ley 8/2002, de 27 de mayo, de modificación de la Ley 37/1991, de 30 de diciembre, sobre medidas de protección de los menores desamparados y de la adopción, y de la regulación de la atención especial a los adolescentes con conductas de alto riesgo social (DOGC núm. 3648, de 3.6.2002)	La Ley 27/2001 reguló las funciones de la Administración catalana en la ejecución de las medidas adoptadas por la autoridad judicial en el marco de la responsabilidad penal de los menores infractores. La Ley 8/2002 incorporó las causas que motivan la declaración de desamparo e introdujo nuevas medidas de protección.
Ley 18/2003, de 4 de julio, de apoyo a las familias (DOGC núm. 3926, de 16.7.2003)	Se aprobó con el objetivo de establecer las bases y las medidas necesarias para desarrollar una verdadera política de apoyo y protección a las familias.
La Ley 14/2010, de 27 de mayo, de los derechos y oportunidades en la infancia y la adolescencia.	La LDOIA se estructura en seis títulos, que regulan: los principios rectores de la Ley; que los menores poseen un conjunto de derechos; promueve la actividad de la Administración y fomenta la implicación de la sociedad en esta tarea; protección pública ante el maltrato infantil, regula el sistema de protección de los menores y adolescentes en situación de riesgo y desamparo, y por último, el título sexto contiene el régimen sancionador.

Fuente: Elaboración propia a partir de Allueva (2016)

De lo señalado podemos concluir que, en Catalunya, con anterioridad a la aprobación de la LDOIA, la regulación existente era muy dispersa. Así pues, la LDOIA ha aportado al ordenamiento jurídico catalán una mayor claridad y unidad, a la vez que ha facilitado la localización del derecho aplicable.

4.2. Régimen jurídico de la protección de menores en Navarra:

En el derecho privado navarro apenas se encuentran instituciones jurídicas relativas a la protección del niño/a huérfano/a o abandonado con perfiles diferentes o novedosos respecto de los de la legislación civil común, salvo la del prohijamiento, figura enraizada en la tradición Navarra-Nafarroa (que más adelante se presentará). De todos modos, si analizamos la materia de protección a menores de

Navarra-Nafarroa, desde la óptica de los principios constitucionales que propician una decisiva intervención de los poderes públicos, es patente que excede a una regulación puramente privatista, correspondiendo su ordenación en buena medida al derecho público, y concretamente, al administrativo. Siguiendo un patrón muy diferente al de la Comunitat Valenciana, donde hemos visto que la gran mayoría de recursos dependen del tercer sector.

La Comunidad Foral de Navarra-Nafarroa, en virtud del artículo 44.23 de la LORAFNA, detenta competencia exclusiva en materia de instituciones y establecimientos públicos de protección y tutela de menores. Pero esto no exige su descentralización a nivel de la Administración Foral, sino que el papel que corresponde a las Corporaciones locales a través de los Servicios Sociales de Base es fundamental. (En la Comunitat Valenciana, en cambio, parecía que el papel de los SEAFI'S por ejemplo, estaba desapareciendo con el anterior gobierno).

A continuación, se recogen brevemente en el siguiente cuadro la legislación que se ha ido aplicando hasta configurar el actual sistema de protección Navarro y las instituciones que se han ocupado de la atención a los/as niños/as en situación de riesgo y/o abandono.

Cuadro 2. Legislación e instituciones existentes

Legislación/institución	Aspectos reseñables
En el siglo XX se produce en Navarra una progresiva estatalización de las instituciones públicas de protección a la infancia, (a diferencia de lo que sucedía en la Comunitat Valenciana).	En base a esta regulación, se constituyeron en Navarra la Junta de protección a la Infancia y el Tribunal Tutelar de Menores con la peculiaridad de que, a diferencia del resto de juntas y tribunales, su financiación corrió desde un principio por cuenta de la diputación Foral.
Acuerdo de 18 de mayo de 1979	La Diputación Foral asume: la prevención y tratamiento de la pre-delincuencia; la investigación e información técnica; la orientación psicopedagógica; divulgación y orientación a profesionales y colaboración en la gestión de los centros de Menores.
Ley Orgánica 13/1982, de 10 de agosto, de Reintegración y Amejoramiento del Régimen Foral de Navarra (LORAFNA)	Determina que la Comunidad Foral ostenta competencia exclusiva en materia de asistencia social, política infantil y juvenil, y de instituciones y establecimientos públicos de protección y tutela de menores y de reinserción social.
Ley Foral 14/83, de 30 de marzo, reguladora de los Servicios Sociales.	Define como prioritario paliar las situaciones carenciales familiares, o de tutela y protección a la infancia y juventud, evitando, siempre que sea posible, los internamientos y el desarraigo de su medio familiar. Dando cabida a las instituciones privadas.

Legislación/institución	Aspectos reseñables
Decreto Foral 90/1986, de 25 de marzo, sobre adopciones, acogimiento familiar y atención de menores.	Regula por primera vez, la figura del acogimiento familiar.
Reales Decretos 1702/1985, de 1 de agosto, 1775/1985, de 1 de agosto, 274/1986, de 24 de enero y 1681/1990, de 28 de diciembre.	Traspasaron a la Comunidad Foral de Navarra las funciones y servicios del Estado en materia de asistencia y Servicios Sociales, en materia de protección de menores y en materia de fundaciones benéficas asistenciales, así como las funciones y servicios del Instituto Nacional de Servicios Sociales.
Ley Foral 15/2005, de 5 de diciembre, de promoción, atención y protección a la infancia y adolescencia.	La Ley contempla las medidas y mecanismos necesarios para lograr que la actuación de cada una de ellas se realice bajo los principios de coordinación y colaboración, así como la necesaria participación social.

Fuente: Elaboración propia, partiendo de Beltrán (2016).

De lo expuesto se puede concluir, que la protección a la infancia, debido a los imperativos constitucionales actuales, está siendo objeto de innovadoras y profundas reformas, que parecen ir encaminadas a respetar en su integridad al niño/a como ente propio, como ser humano, siendo protegido como tal.

En la Comunidad Foral de Navarra-Nafarroa, en función del proceso descentralizador operado a raíz de la nueva configuración constitucional de las administraciones territoriales, se ha hecho patente la conveniencia de hacer fortalecer la atención primaria, como elemento clave de los Servicios Sociales y de la prevención y protección en la infancia.

Todo ello, implica que la Comunidad Foral, tiene la posibilidad de ir configurando (como ha ido haciendo) un marco legal adecuado y estable para que las distintas instancias públicas procuren al niño/a desamparado o carente, una asistencia y formación integral (Beltrán, 2014).

5. Conclusiones

Como se ha podido comprobar a lo largo del presente capítulo, el avance en cuanto a la protección a la infancia y juventud, ha sido notable. Los cambios internacionales han supuesto un avance significativo en la legislación estatal y autonómica. Partiendo de la concepción de la infancia como ente propio. Lo que le otorga el derecho propio a ser tratados como tal. Este avance normativo ha incrementado la protección que reciben los/as niños/as en situación de riesgo y/o desamparo, y ha mejorado la calidad de los recursos con los que se cuenta para atenderlos, debido a la regulación normativa de los mismos.

En cuanto a los recursos que en este artículo se han analizado, podemos concluir que, una parte importante de los recursos especializados (centros de día, centros de acogida...), surgen a iniciativa de asociaciones: sin ánimo de lucro, laico y religioso, para acompañar a la población infantil en situación de desigualdad. Y el otro grupo de recursos tienen su origen en las iniciativas públicas para dotar de recursos de prevención y protección para menores en situación de riesgo o desamparo.

Esta disparidad en el surgimiento de los recursos y la falta de planificación y coordinación explica la red escasa, poco densa, desigual y dispersa de los recursos analizados. Que tiene como consecuencia que los recursos se concentren en los núcleos señalados y que es prácticamente inexistente en otras zonas del territorio, como hemos apuntado anteriormente.

Esto conlleva una vulneración de los derechos de los/as niños/as, pues la accesibilidad a los mismos no será la misma para todos los/as niños. La proximidad de los recursos a sus núcleos convivenciales también dependerá de factores externos a ellos/as, debido a que no tienen las mismas opciones, el mayor o menor cumplimiento de sus derechos dependerá de donde vivan.

Con ello, hay que concluir que ha existido, como hemos dicho un significativo avance normativo, en materia de menores, pero en el ámbito de la Comunitat Valenciana escaso en cuanto a políticas, programas, recursos y profesionales. La mapificación de 1991 de la provincia de Valencia y la actual, no ha variado sustancialmente después de 25 años, lo que hace pensar que los derechos de los niños y niñas tampoco lo ha hecho, pues arbitrar una ley es sencillo, lo complejo es crear las políticas y los recursos que la hagan efectiva, así como las metodologías y la formación de los profesionales.

6. Referencias bibliográficas

- ALLUEVA, A. L. (2011): Situaciones de riesgo y desamparo en la protección de menores A propósito de la Ley 14/2010, de 27 de mayo, de los derechos y oportunidades en la infancia y la adolescencia. *InDret 10/2011*. Barcelona. (<http://bit.ly/2dpCLvy>).
- BELTRÁN, A.J. (1986): «Régimen jurídico de la protección de menores en Navarra». *Jurídica de Navarra*, nº 4, julio-diciembre, Edil. Gobierno de Navarra.
- BUENO, B. A. (Ed.). (2010): *Infancia y juventud en riesgo social. Programas de intervención, fundamentación y experiencias*. Alicante, España: Editorial Universidad de Alicante.
- DANIELI, M.E. (2012): *Sistemas de protección integral de los derechos de niños, niñas y adolescentes. Recorridos y perspectivas desde el Estado y la Sociedad Civil*. Recuperado de <http://bit.ly/2deHcgv>
- DOMÍNGUEZ, F.J., (2010): *Infancia en internados: historias, narrativas, itinerarios*. Tesis doctoral, Universidad de Alicante.

- FERNÁNDEZ DEL VALLE, J. Y FUERTES, J. (2000): *El acogimiento residencial en la protección a la infancia*. Madrid: Pirámide.
- FERRERO, M.P. (2012): «Los centros de día de atención a la infancia en la Comunidad Valenciana». *Quaderns de ciencies socials*, nº 23, 35-59.
- UCEDA-MAZA, F.X. Y DOMÍNGUEZ, J. (2014): «Prevención e intervención primaria en la infancia en la Comunitat Valenciana» en LLUCH, ESTEVE Y GIMENO, *Crisis y Derechos Sociales. Análisis y Perspectivas Comunitat Valenciana*. Valencia: Fundación FOESSA.

Referencias normativas

- Convención sobre los derechos de los niños y niñas de la ONU, 1989.
- Convenio de la Haya, del 28 de mayo de 2010, ratificado el 6 de septiembre del 2010.
- Convenios del Consejo de Europa: 25 de octubre de 2007, ratificado el 22 de julio de 2010 y del 25 de enero de 1996, ratificado el 11 de noviembre de 2014.
- Reglamento (CE) nº 2201/2003 del Consejo de 27 de noviembre del 2003.
- Ley de protección a la infancia (1904) de 12 de agosto de 1904.
- Constitución Española 1978.
- Código civil (Real Decreto de 24 de julio de 1889).
- Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero de protección Jurídica del Menor.
- Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia.
- Ley 5/1997, 25 junio, por la que se regula sistema de Servicios Sociales en el ámbito de la Comunitat Valenciana
- Ley 11/1985, de 13 de junio, de Protección de Menores
- Ley 37/1991, de 30 de diciembre, sobre medidas de protección de los menores desamparados y de la adopción
- Ley 8/1995, de 27 de julio, de atención y protección de los menores y los adolescentes y de modificación de la Ley 37/1991
- Ley 9/1998, de 15 de julio, del Código de Familia
- Ley 27/2001, de 31 de diciembre, de Justicia Juvenil
- Ley 8/2002, de 27 de mayo, de modificación de la Ley 37/1991, de 30 de diciembre, sobre medidas de protección de los menores desamparados y de la adopción, y de la regulación de la atención especial a los adolescentes con conductas de alto riesgo social
- Ley 18/2003, de 4 de julio, de apoyo a las familias
- Ley 14/2010, de 27 de mayo, de los derechos y oportunidades en la infancia y la adolescencia.
- Ley Orgánica 13/1982, de 10 de agosto, de Reintegración y Amejoramiento del Régimen Foral de Navarra (LORAFNA).
- Ley Foral 14/83, de 30 de marzo, reguladora de los Servicios Sociales.

- Decreto Foral 90/1986, de 25 de marzo, sobre adopciones, acogimiento familiar y atención de menores.
- Ley Foral 15/2005, de 5 de diciembre, de promoción, atención y protección a la infancia y adolescencia.
- Ley 12/2008, 3 julio, de Protección integral de la infancia y adolescencia en la Comunitat Valenciana
- Decreto 93/2001, de 22 de mayo, del Gobierno Valenciano, por el que se aprueba el Reglamento de Medidas de protección Jurídica del Menor en la Comunidad Valenciana.
- Orden 19 de junio 2003, que regula la tipología y condiciones materiales y de funcionamiento de los centros de protección de menores, en la Comunitat Valenciana
- Orden 17 enero 2008, que regula organización y funcionamiento de los centros de protección y acogimiento residencial, y estancia de día en la Comunitat Valenciana
- Estatuto autonomía de Cataluña 1979.
- Estatuto de autonomía de Cataluña 2006.

8 Los Servicios Sociales para los y las adolescentes en conflicto con la Ley

M^a de las Mercedes Botija Yagüe
José Javier Navarro-Pérez

1. Introducción

De manera simultánea al concepto de adolescencia nació la figura del delincuente juvenil, quien contrastaba con el joven saludable y era visto como un producto biológicamente defectuoso, o en el mejor de los casos con una fallida socialización, un inadecuado control familiar o una carencia de educación. Él o ella eran jóvenes que presentaban predisposición al delito y necesitaban por tanto guía y reforma (Pearson, 1994).

Hoy en día encontramos una realidad diferente de aquella, como demuestra la aparición de conceptos como el de **adolescentes en conflicto con la ley** (ACL) que aporta una panorámica más dinámica y que vincula al joven directamente con la sociedad y el proceso de construcción de lo que se considera delictivo y punible por la misma (Botija, 2014, Navarro-Pérez, 2014 y Uceda-Maza, 2011)

A partir de enero del 2000, fecha en que se publica la Ley Orgánica de Responsabilidad Penal del Menor, las Comunidades Autónomas (CCAA) se enfrentan a la construcción y adecuación de una red de recursos específicos en materia de justicia juvenil. La transferencia de competencias, así como la creación de la nueva red de recursos, afectará directamente a la justicia juvenil, porque se dejan al arbitrio de cada CA la facultad de tejer su propio modelo organizativo, con la consecuente heterogeneidad

La finalidad de este capítulo es visualizar el modelo organizativo por el que ha optado La Comunitat Valenciana, así como hacer una propuesta utilizando para ello elementos de buenas prácticas que existen en nuestra comunidad y en otras.

2. Organización del sistema de justicia juvenil

Es la Generalitat Valenciana, a través de la Consellería de Igualdad y Políticas Inclusivas Social, la competente para la ejecución de las medidas judiciales. Su ejercicio se coordina territorialmente en cada una de las Direcciones Territoriales y se divide su acción en dos áreas de intervención: las medidas en medio abierto y los internamientos, lo que denominaremos centros de internamiento de medidas judiciales (CIMJ).

En la Comunitat Valenciana, la ejecución de las medidas de medio abierto se realiza en la actualidad a través de los distintos programas de intervención y reinserción social con menores y jóvenes sujetos a medida judicial de medio abierto, que se implantan por determinadas entidades locales y entidades privadas sin ánimo de lucro que colaboran con la Generalitat. La colaboración de las entidades locales se plasma mediante la subvención, por parte de la Consellería, de los equipos de profesionales de medio abierto de estas entidades.

Estos equipos están formados por profesionales con titulación superior o media (trabajadores sociales, psicólogos, pedagogos, educadores sociales...). Su actuación consiste en llevar un seguimiento sociopsicoeducativo del menor, así como utilizar toda la red de recursos sociales de atención primaria y comunitaria, sean o no específicos de menores, hasta la finalización de la medida.

En la actualidad, una entidad privada sin ánimo de lucro contratada por la Consellería de Bienestar Social se ocupa de ejecutar las medidas judiciales en aquellos Ayuntamientos de la Comunitat Valenciana que no disponen de equipos o programas adecuados para ello.

La ejecución de estas medidas se hace efectiva a través de una Instrucción de la Dirección General de Infancia y Adolescencia que establece un procedimiento de coordinación de actuaciones entre todas las partes intervinientes:

- La Administración de Justicia, concretamente el Juzgado de Menores, que es quien dicta la resolución.
- La Generalitat, a través de las Direcciones Territoriales de la Consellería de Igualdad y Políticas Inclusivas, que son quienes reciben la resolución y se convierten en el interlocutor único y válido con los órganos judiciales.
- La entidad local o privada sin ánimo de lucro que ejecuta la medida.

En referencia a la segunda área de intervención, **las medidas privativas de libertad**, en la Comunitat Valenciana corresponde a la Generalitat, a través de la Consellería de Igualdad y Políticas Inclusivas, la tarea de designar el centro más adecuado para su ejecución de entre los más cercanos al domicilio del menor en los que existan plazas disponibles. El traslado a otro centro distinto de los anteriores sólo se podrá fundamentar en el interés del menor de ser alejado de su entorno familiar y social y requerirá en todo caso la aprobación del Juez de Menores que haya dictado la sentencia.

Las medidas de internamiento que se imponen de conformidad con la Ley Orgánica 5/2000 se ejecuta en centros específicos para menores infractores,

diferentes de los previstos en la legislación penitenciaria para la ejecución de las condenas penales y medidas cautelares privativas de libertad impuestas a los mayores de edad penal.

En la ejecución de las medidas la Ley permite la participación de entidades locales y entidades privadas sin ánimo de lucro, si bien bajo la directa supervisión de la Comunidad Autónoma, sin que ello debiera suponer en ningún caso la cesión de la titularidad y responsabilidad derivada de dicha ejecución. En el caso de esta comunidad, todos los CIMJ son de gestión privada como se verá posteriormente.

3. Análisis de la cuestión

A lo largo de este apartado se describirá de manera concreta como se estructura el sistema de justicia juvenil en la Comunitat Valenciana en lo que se refiere a las medidas comunitarias y de internamiento, el equipamiento, así como los profesionales que trabajan en el sistema de justicia juvenil.

3.1. Medidas comunitarias y privación de libertad

En primer lugar, será interesante observar la proporción existente entre las medidas judiciales de internamiento y las de medio abierto. En nuestra comunidad la medida privativa de libertad ha supuesto aproximadamente una quinta parte de las medidas impuestas en los últimos años.

Tabla 1. Evolución del porcentaje de las medidas en la C. Valenciana

	INTERNAMIENTO	COMUNITARIAS	TOTAL	%
2007	489	1601	2090	23/77
2008	602	2216	2818	21/79
2009	684	2776	3460	20/80
2010	713	2856	3569	20/80
2011	747	2732	3479	21/79
2012	713	3050	3763	19/81
2013	656	3010	3666	18/82
2014	589	2755	3933	30/70

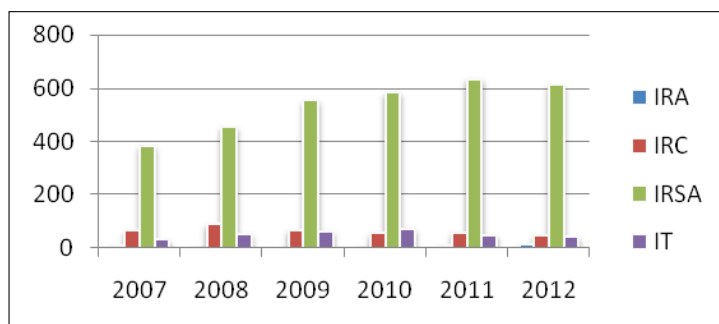
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INE

La proporción que existe entre las medidas comunitarias y las de internamiento, también se ha podido objetivar divergencias importantes por CCAA. En el caso

de nuestra comunidad autónoma, la medida de internamiento en proporción a la medida comunitaria es superior a la media nacional.

A su vez, es importante observar como es la tipología de estos internamientos. El internamiento en régimen semiabierto, además de ser mayoritario, ha aumentado progresivamente en los últimos años, frente al cerrado que ha disminuido. El régimen terapéutico varía según los años, mientras que el internamiento en régimen abierto apenas aparece, como se puede observar en la gráfica A.

Gráfica A. Evolución de los regímenes de internamiento en la C. Valenciana¹

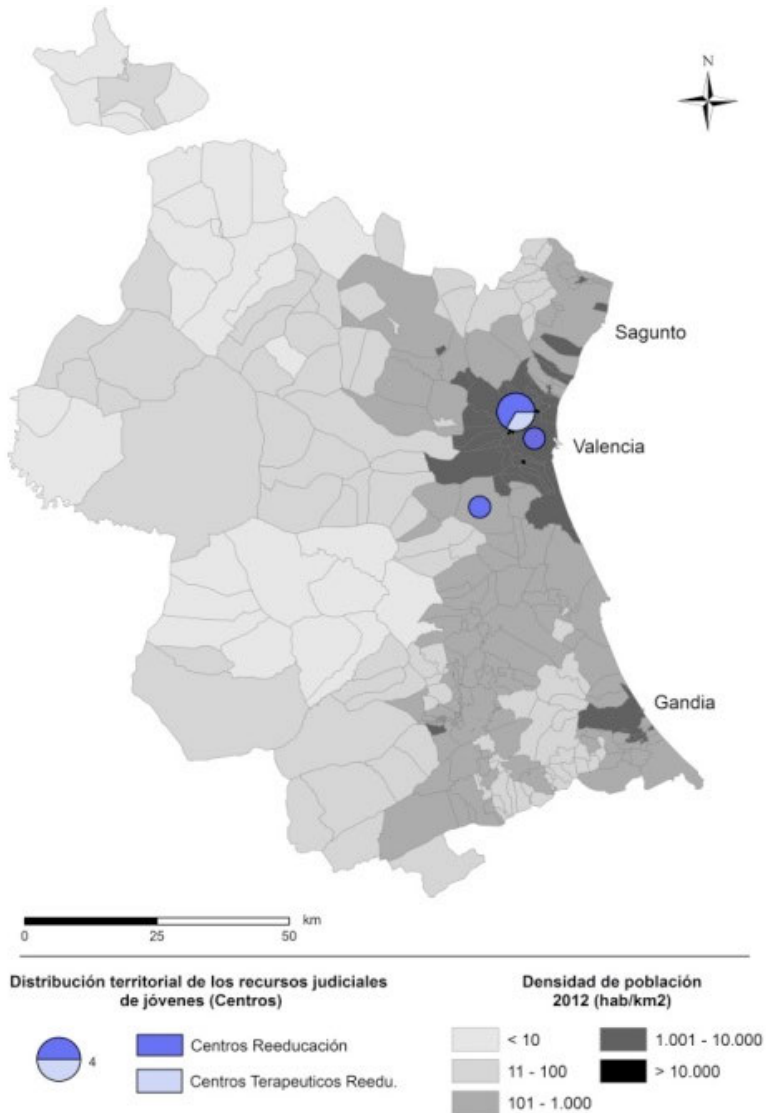


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INE

En la actualidad en la Comunitat Valenciana, la ejecución de las medidas de medio abierto se realiza por los equipos de profesionales de medio abierto de las entidades locales, mientras que para el cumplimiento de la medida de internamiento existen 8 CIMJ, repartidos en las 3 provincias, de los cuales 5 de ellos se encuentran próximos a la capital de la CA.

1. Los datos que se recogen en el INE desde el año 2012 no desglosa los tipos de internamientos.

Mapa 1: Distribución territorial de los CIMJ en la Comunitat Valenciana



Fuente: El sistema de serveis socials davant la crisi econòmica (2014)

3.2. Instalaciones

Para la realización de las medidas de carácter comunitario, los técnicos de las mismas suelen utilizar para su realización las dependencias comunitarias de la

entidad local donde el menor cumple tal medida, mientras que para las medidas en régimen de internamiento se utilizan los CIMJ.

Los CIMJ se distribuyen en **unidades de convivencia** de entre 5 y 15 chavales agrupados por criterios de edad, madurez, necesidades y habilidades sociales y siempre acompañados por personal técnico-educativo que sirve como referencia al grupo. Este personal tiene una cualificación mínima de diplomado en ciencias sociopsicoeducativas y puede estar apoyado por otros profesionales con similar titulación o con formación específica en esta línea.

Los **horarios** en las unidades de convivencia son similares a los del CIMJ, que a su vez suelen asemejarse a la vida cotidiana de un adolescente. Cabe señalar que todos los CIMJ dan prioridad a la inserción en el entorno y por ello este horario es flexible, por ejemplo, si un joven consigue un trabajo en el que ha de estar a las 8:00 horas de la mañana o tiene que entrar en su instituto, fuera del centro, se levanta con el tiempo suficiente para que pueda cumplir con su deber.

En referencia a los **equipamientos** de los CIMJ, con independencia del régimen de cumplimiento que se ejecuta en su interior se han podido observar unos equipamientos comunes en todos ellos:

- **Aulas para la formación educativa:** Estos espacios se intentan adaptar a cuatro niveles: alfabetismo, neolectura, educación primaria y educación secundaria con el fin de garantizar el derecho de los ACL al aprendizaje y la formación² pero también a la enseñanza obligatoria. Por ello los CIMJ donde se realiza formación reglada mantiene convenios con las Consejerías de Educación autonómicas para que esta pueda llevarse a cabo de manera oficial.
- **Talleres pre laborales y laborales.** Los centros disponen de talleres formativos ocupacionales que como se ha visto a lo largo de los resultados según los CIMJ se dirigen a diferentes actividades (mantenimiento de edificios, marquería, construcción, informática, diseño gráfico...).
- **Instalaciones deportivas** Como herramienta educativa se utiliza también el deporte en los espacios que se habilitan para ello, tanto interiores como exteriores.
- **Espacios comunes interiores de ocio y tiempo libre:** En las unidades de convivencia, se ubican los espacios donde los jóvenes se reúnen a ver la televisión, jugar al fútbolín o simplemente charlar. Mientras que en las zonas exteriores a parte de los espacios deportivos existen zonas para el encuentro entre los iguales.
- **Habitaciones de los menores.** Dependiendo de los centros la distribución de las habitaciones es diferente. Las habitaciones suelen ser individuales, pero a veces son dobles, justificado como manera de favorecer la convivencia.

- **Salas de visitas:** Estos espacios resultan de especial relevancia en los que se refiere a la comunicación del ACL con su familia.

3.3. Recursos Humanos

En medio abierto serán las entidades locales las encargadas de establecer los equipos interdisciplinares por ellas mismas o por medio de la entidad contratada. Mientras que en las medidas privativas de libertad será la entidad convenida la encargada de la selección del personal de atención directa con los ACL, así como personal auxiliar de servicios y seguridad.

Los CIMJ dependiendo de las necesidades de los mismos, así como de su tamaño se pueden estructurar mediante un equipo de dirección, un equipo técnico, un equipo interdisciplinar y una serie de personal administrativo y de servicios. A este hay que añadir el personal de seguridad que dependiendo de la institución existirá o no.

EQUIPO DE DIRECCIÓN: Los centros dependiendo de las necesidades de los mismo habitualmente está formado por un director/a, un coordinador/a y pueden completarse los mismo con subdirector/a o subdirectores/as, el/la gerente y a veces en este equipo se introducen también los coordinadores/as, aunque lo habitual es encontrar esta figura en los equipos interdisciplinares. El equipo directivo encabeza el equipo interdisciplinar y ejerce entre otras las siguientes funciones:

- Establecer los criterios que dirigen la actuación general del centro.
- Supervisar e impulsar la actividad general del centro
- Elaborar las normas de funcionamiento internos y adecuar el proyecto educativo de centro
- Aprobar la programación y la memoria anuales
- Realizar el seguimiento y el control del presupuesto
- Crear comisiones o grupos de trabajo que estime convenientes
- Decir los incentivos y recompensas previstos para el menor o joven

EL EQUIPO INTERDISCIPLINAR: Este equipo es el responsable del desarrollo y aplicación de los procesos de educación e inserción de los jóvenes y menores. En los centros más grandes está compuesto por el **Equipo técnico** y el **Equipo educativo**.

EL EQUIPO TÉCNICO normalmente compuesto por trabajador/a social y psicólogo/a, al que pueden unirse jurista, pedagogo/a, los coordinadores/as u otros técnicos como psiquiatra³, médico/a⁴... Sus reuniones como mínimo son semanales y entre cuyas funciones puede encontrarse:

3. Este profesional es especialmente relevante en los internamientos terapéuticos.

4. Responsable de atender la salud de los menores y jóvenes mediante la ejecución de la medida primaria sobre las vertientes asistencial, preventiva y educativa

- Elaborar el programa individualizado de ejecución de la medida
- Supervisión del proceso del menor
- Tratar asuntos en relación a la intervención con cada menor
- Elaborar propuestas motivadas de concesión, denegación de permisos y salidas, actividades exteriores, modificación de medida, traslado de de centro
- Ofrecer soporte a la Dirección en la toma de decisiones

EL EQUIPO EDUCATIVO suele constituirse por los/as educadores/as de las unidades de convivencia, los/as coordinadores/as, educadores/as, monitores/as⁵, maestro/a de aula⁶, de taller⁷...

4. Referencia a otras Comunidades Autónomas que sirvan de modelo

Comparando la organización del Sistema Juvenil Valenciano con otras CCAA, se puede observar importantes diferencias, de hecho, la adscripción y organización institucional del Sistema de Justicia Juvenil se realiza a diferentes Consejerías dependiendo de cada CA (ver tabla 2).

Tabla 2. Consejería a la que está adscrito el Sistema de Justicia Juvenil

AUTONOMÍA	PRESIDENCIA	JUSTICIA	SERVICIOS SOCIALES	SANIDAD
ANDALUCÍA		X		
ARAGÓN			X	X
ASTURIAS	X	X		
BALEARES			x	x
CANARIAS			X	
CANTABRIA			X	X
C. MANCHA			X	X
C. LEÓN			X	
CATALUÑA		X		

5. Normalmente son personal con menos formación académica que los educadores, pero amplia experiencia con el trabajo con ACL.

6. Tienen asignadas las funciones de formación de los menores y jóvenes internados en las áreas específicas que les corresponden de acuerdo con la legislación vigente en la materia.

7. Imparte conocimiento de un determinado oficio dentro del marco de un taller, con un programa y horario determinados, previstos en el proyecto educativo del centro donde se desarrolla la actividad.

AUTONOMÍA	PRESIDENCIA	JUSTICIA	SERVICIOS SOCIALES	SANIDAD
EXTREMADURA			X	X
GALICIA			X	
MADRID		X		
MURCIA	X			
NAVARRA			X	
PAÍS VASCO		X		
RIOJA		X		
VALENCIA			X	
CEUTA			X	
MELILLA			X	

Fuente: Botija, M. (2014)

La **coordinación entre libertad vigilada y centros de internamiento**, en la Comunitat Valenciana se realiza de manera previa a la salida del menor y en contacto directo entre los profesionales de medio abierto y el CIMJ, mientras que en otras CCAA desde el inicio de la medida (sea de internamiento o comunitaria), existe una figura de referencia, que será quien posteriormente asuma la supervisión directa del ACL en Libertad Vigilada, como es el caso de Castilla-La Mancha

Tabla 3. Porcentaje de medidas de internamiento y comunitarias

AUTONOMÍA	INTERNAMIENTO	COMUNITARIAS	TOTAL	% INTERNAMIENTO	% COMUNITARIAS
ANDALUCÍA	695	4695	5390	13	87
ARAGÓN	92	453	545	17	83
ASTURIAS	94	331	425	22	78
BALEARES	161	836	997	16	84
CANARIAS	124	938	1062	12	88
CANTABRIA	29	267	296	10	90
CASTILLA LEÓN	124	1202	1326	9	91
CASTILLA-LA MANCHA	185	769	954	19	81

AUTONOMÍA	INTERNAMIENTO	COMUNITARIAS	TOTAL	% INTERNAMIENTO	% COMUNITARIAS
CATALUÑA	687	2300	2987	25	75
COMUN. VALENCIANA	747	2732	3479	21	79
EXTREMADURA	45	552	597	8	92
GALICIA	222	963	1085	19	81
MADRID	346	1327	1673	21	79
MURCIA	223	820	1043	21	79
NAVARRA	23	222	245	9	91
PAÍS VASCO	128	893	1021	13	87
RIOJA	25	178	203	13	87
CEUTA	41	208	249	16	84
MELILLA	40	101	141	28	72
MEDIA NACIONAL	4031	19787	23718	17	83

Fuente: Botija, M. (2014).

En referencia al **desarrollo normativo** que han tenido los CIMJ son pocas las CCAA que apuestan por un desarrollo legislativo específico a diferencia de otras instituciones encargadas de los menores de edad como los colegios, guarderías, centros de educación infantil...

Habitualmente la regulación en esta materia se realiza por medio de circulares, documentos profesionales o en el mejor de los casos instrucciones, es decir, documentos que no cuentan con los requisitos ni protección propia de las normas jurídicas.

Tabla 4. Desarrollo normativo de las CCAA

AUTONOMÍA	Decreto	Circular	Instrucción	Documentos profesionales
ANDALUCÍA	Sí	No	No	Sí
ARAGÓN	No	No	No	Sí
ASTURIAS	No	No	No	No
BALEARES	No	No	No	No

AUTONOMÍA	Decreto	Circular	Instrucción	Documentos profesionales
CANARIAS	Sí	No	No	No
CANTABRIA	No	No	No	No
C.MANCHA	No	No	No	No
C.LEON	Sí	No	No	No
CATALUÑA	No	Sí	Sí	No
EXTREMADURA	Sí	No	No	No
GALICIA	Sí	No	No	No
MADRID	Sí	No	No	No
MURCIA	No	No	No	No
NAVARRA	No	No	No	No
PAIS VASCO	Sí	No	No	No
RIOJA	No	No	No	No
VALENCIA	No	No	No	No
CEUTA	No	No	No	No
MELILLA	No	No	No	No

Fuente: Botija, M. (2014)

Como consecuencia de esta falta de delimitación quedan al libre albedrío los espacios arquitectónicos, los recursos materiales y humanos que han de sustentar los CIMJ, y por supuesto las intervenciones que en ellos se realizan dependen de cada uno de las instituciones que las gestionan.

Son pocas las CCAA que han optado por decretos que regulen la intervención administrativa, la organización, funcionamiento de los servicios y centros específicos destinados a menores infractores. Entre estos casos se encuentran Andalucía, Canarias, Castilla-León, Extremadura, Galicia y País Vasco. Algunos de estos decretos son una traslación, casi repetición, del Reglamento desarrollado en la normativa nacional, en otros casos, como en Andalucía, lo que se regula son las autorizaciones administrativas, gestión e inspección de estos centros, con apenas una diferenciación entre los que son centros de internamiento y los que suponen centros de día y centros de convivencia educativa. Mientras que las que desarrollan decretos a partir del año 2009 decretos (Castilla León, Extremadura y País Vasco), muestran elementos más innovadores llegando a realizar, de manera excepcional, una pormenorizada estructuración de los CIMJ como en el caso del País Vasco (Botija, Uceda-Maza y Navarro, 2016).

5. Propuestas de acción en la Comunidad Valenciana sobre el sector

La ausencia de normativa explícita dedicada a la organización del sistema de justicia juvenil ni a los establecimientos de internamiento cada C.A. ha optado por una tipología de funcionamiento para su territorio. De hecho, son pocas las legislaciones autonómicas que, aunque solo sea de manera soslayada hagan una difusa distinción de cómo debería estructurarse este sistema y mucho menos de cómo debería ser la intervención con los ACL: En este sentido se podría hablar de 2 líneas de propuestas: las encaminadas directamente a la estructuración del sistema de justicia juvenil y las dirigidas a la intervención con los ACL.

5.1. Para la organización del sistema autonómico de justicia juvenil

En lo que se refiere a la organización del sistema juvenil se realizan algunas propuestas básicas con las que la calidad en el sistema mejoraría considerablemente:

Desarrollar una **normativa común de mínimos** que por lo menos estableciera las ratios de personal de atención directa, cualificación de los profesionales, así como estructura y gestión de los CIMJ. La idea que se propone no es que todas las CC.AA. y CIMJ deban realizar idénticas intervenciones y programas, evidentemente, cada autonomía posee sus características y sus actuaciones vendrán determinadas por la misma, pero sí establecer unos parámetros mínimos que permitan atender con calidad a las personas que se encuentran cumpliendo una medida judicial en cualquier punto del territorio.

Por otra parte, vincular por medio de un **mismo técnico la medida de medio abierto y la de medio cerrado**. La relación socioeducativa o de ayuda puede ser transferida del medio cerrado al medio abierto o viceversa y puede mantenerse y trascender por los laberintos por los que transite el ACL. Existen profesionales del medio abierto que antes de que el ACL acabe su internamiento inician la aproximación, así mismo si el ACL estaba en medio abierto y entra al cerrado continúan vinculados, pues saben que esa relación es un porcentaje muy alto del éxito futuro de su trabajo, e incluso existe en CCAA el técnico de referencia sigue siendo la misma persona durante todo el proceso hasta la mayoría de edad.

Además, resulta necesario realizar un **estudio sobre la reinserción de los ACL** tras la terminación de la medida judicial, pues como existen estudios sobre reincidencia, pero nada se dice de los ACL que han conseguido tras su medida encontrar un trabajo o seguir estudiando y qué tipo de intervenciones han sido exitosas para ellos.

Asimismo, se considera fundamental el empoderamiento de los/as **trabajadores sociales como profesionales cualificados** porque el sistema familiar puede ser factor de protección o de riesgo, dependiendo de sus características, pero siempre es referente para el menor de edad y en consecuencia será esencial atender

a los programas específicos en los que se trabaja con la familia. Además, en relación a la participación en recursos normalizados de la comunidad el trabajador social es el profesional que sirve de enlace entre los ACL y estos recursos que con frecuencia suelen ser reticentes para acoger a estos ciudadanos (Botija, Uceda y Navarro, 2016). Desde este estudio se apuesta por los CIMJ por los **denominados Aperturistas y más aún los Comunitarios** (Botija, 2015) como facilitadores de la inserción de los ACL y por sus importantes beneficios para el ACL, la sociedad... pero también para la economía común, frente a los macrocentros. En definitiva, se defienden los **CIMJ de menos de 50 plazas**, para los casos donde se requiere mayor seguridad y **viviendas unifamiliares incluidas en todas las capitales de provincia** para las medidas menos restrictivas.

Por último, consideramos que se ha de hacer una **supervisión directa y dirección pública** porque es evidente que existen entidades del tercer sector con un fuerte compromiso solidario, pero en otros casos hay que insistir en que la maximización del beneficio privado es incompatible con el bienestar de las mayorías sociales, como con frecuencia se olvida en los discursos economicistas que subyacen en algunas entidades. Asimismo, la privatización del sistema de justicia juvenil es de suma conflictiva especialmente en los casos de los CIMJ por lo que se refiere al ejercicio de la potestad disciplinaria que recae sobre la figura unipersonal de la dirección del CIMJ, quien puede llegar a convertir un internamiento en régimen abierto o semiabierto en uno en «semicerrado».

5.2. Un modelo reeducativo para la atención a ACL

Cualquier metodología de intervención parte de una determinada concepción de la realidad. Su explicitación resulta imprescindible para una comprensión adecuada de sus fundamentos teóricos, y de la consiguiente práctica profesional que de éstos se derivan. Con ello, afirmamos que es de vital importancia la prioridad de establecer un modelo de atención socio-educativa capaz de dar respuesta a las necesidades de tratamiento que plantean los ACL además de un modelo sobre el que instruir a los profesionales en prácticas y metodologías socioeducativas.

Detectamos un desinterés en las políticas públicas por desarrollar un modelo de justicia juvenil que agrupe acciones de carácter estructural. Propuestas capaces de apostar por modelos teóricos sobre los que apoyar las intervenciones profesionales que puedan dar respuesta a las causas y no sólo a los efectos del problema.

Como hemos analizado en la primera parte del capítulo, existe mayor ascendencia hacia las prácticas punitivas que hacia las preventivas o proyectivas; sin embargo, los modelos educativos de atención en justicia juvenil, carecen de una ideología común con la que construir un modelo de referencia en igualdad para todos. Políticas de empleo y vivienda deficitarias, atención educativa desigual, limitaciones del sistema de protección social, apuesta titubeante por los programas de prevención, escasa valoración de la dimensión comunitaria... cuestionan en cierta medida, la voluntad política de afrontar la problemática de estos adolescentes.

5.2.1. *Responsabilizar no es culpabilizar*

La justificación de los comportamientos y el locus de control externo, son variables que los adolescentes utilizan para evitar la responsabilidad de sus actos. Echar la culpa a otro de sus acciones es mucho más sencillo que el proceso que requiere asumirlas. Pero aún así, no podemos considerar a estos adolescentes únicos culpables de los conflictos que generan, pues detrás de sus actos y conductas subyacen diferentes problemáticas, fruto de una sociedad que exporta incertidumbre, de un sistema económico vulnerable y político adulterado por la corrupción y los intereses particulares.

Cuando miramos con atención a los ACL, descubrimos la honda huella que han dejado sus circunstancias familiares, su relación con la educación formal, el abandono desde las instituciones para la participación, los mandatos de la sociedad de consumo... Si hablamos de *culpas*, éstas habrían de ser repartidas.

Entonces culpables perennes no, pero sí responsables. Coincidiendo con Uceda-Maza y Pérez-Cosín (2010) queremos escapar de aquellos análisis lineales que exculpan al adolescente, pero acaban convirtiéndolo en única víctima de la situación.

Pero, aun así, es importante reconocer que el adolescente también es víctima de su familia, de las incertidumbres de la sociedad de consumo, de las instituciones de intervención social, de la incompreensión del sistema educativo... Esta lectura positivista y ultra proteccionista de la realidad, podría inhabilitar al adolescente para su libre desarrollo socio personal. Sin embargo, no podemos sancionar a éste como si fuese un adulto, en primer lugar, porque no lo es, y en segundo término porque necesita finalizar su proceso de crecimiento hasta la vida adulta. El endurecimiento para algunos tipos penales –maltrato– y la sobredimensión que han alcanzado la ejecución de medidas de internamiento cautelar, quedan en el haber de resultados del presente trabajo, pero además son una prueba más del proceso de culpa *al* que se somete al ACL.

5.2.2. *Soportes institucionales de riesgo*

Para dar respuesta a los adolescentes conectados al riesgo, gozamos de estructuras institucionales que también se encuentran en riesgo. Cualquier intervención que los profesionales realizan con estos adolescentes, parte casi siempre de un defecto de forma previo; es decir desde el primer momento existe el hándicap de la no idoneidad de los recursos utilizados.

Tenemos muy asumido cual habría de ser el marco de intervención. Si recurrimos a los saberes científicos sobre intervención socioeducativa, encontraremos continuas referencias a la necesidad de ofrecer atención individualizada, de la conveniencia de la intervención en el propio entorno y de la aplicación de programas que incidan en la normalización del adolescente; sin embargo, observamos como la punición y castigo dominan la escena reeducativa. Humanizar las relaciones en

los centros de justicia juvenil y usar la afectividad como metodología educativa se considera clave para revertir situaciones de riesgo.

Es tajante y nadie duda de que, a menor ratio, se favorece una atención e interacción positiva entre profesionales y ACL que incide en los resultados terapéuticos y en la ascendencia que para el propio adolescente supone la experiencia reeducativa. De ello se deduce que siempre será mejor un piso tutelado que una Residencia, una familia acogedora que un internamiento, 6 pequeños Centros de reforma de 10/12 plazas que una institución que agrupe 80, una prestación de servicios a la comunidad que una Libertad vigilada, un programa de inserción sociolaboral flexible que un curso específico de formación que dure 6 meses, profesores extras para realizar adaptaciones curriculares individuales que aulas de 25 alumnos con una adaptación grupal... etc.

Sin embargo, resulta contradictorio que las reglamentaciones legales, recogiendo en cierta medida esta percepción, solo acaben implementando aquella parte de su contenido que se ajusta a lo ya existente. Un ejemplo claro, viene representado en la LORPM 5/2000, de la que apenas han sido desarrolladas las medidas de Convivencia en Familia o Grupo educativo, habiendo de ser ejecutadas en los mismos centros de internamiento.

El éxito o fracaso de las intervenciones reeducativas no depende solamente del posicionamiento ideológico de referencia, de la acción de los profesionales, de los recursos para la intervención profesional o de la dificultad que entrañen los procesos de los ACL. Si evaluamos así podemos ser injustos, ya que hemos de exigir en las políticas públicas un claro posicionamiento sobre modelo o modelos desde los que atender a adolescentes sometidos a la acción de la justicia.

5.2.3. Creencia en la relación educativa como metodología idónea

La relación educativa constituye en sí misma un motor del cambio en los adolescentes y sus familias, favorece lazos afectivos en clave de acompañamiento social y permite flexibilizar los procesos sin victimizar ni justificar a los ACL, sino responsabilizándoles de sus errores y exigiéndoles un cambio prosocial.

La relación supone proceso, y por lo tanto comprender que cada adolescente necesita su tiempo para la transformación, su momento en el que asimilar y realizar cambios. Consideramos de interés poder presentar los requisitos previos que permiten construir la relación.

5.2.3.1. Condicionantes para la relación

Consideramos fundamental para este propósito la simultaneidad de cinco argumentos que facilitarán la relación:

En primer lugar, la presencia del profesional en la vida cotidiana del adolescente. La identificación se produce a través de la observación del comportamiento

por parte del adolescente, y para ello hace es necesario tiempo y diversidad de situaciones en las que interactuar. Cada contexto de intervención tiene su entorno cotidiano, y el acompañamiento social constituye la expresión de la tarea educativa. El adolescente habrá de observar cómo el profesional construye la relación con su familia, cómo realiza actividades de la vida cotidiana: desde subir en metro, a realizar la lista de la compra o adecentar una estancia común. Diferentes situaciones que forman parte del espectro cotidiano. Actividades como por ejemplo apuntarse a la oficina de empleo, a realizar trámites de una citación judicial o asistir a una prueba de acceso. Nos referimos a acciones sencillas tendentes a naturalizar la excepcionalidad de la vida que se produce en los centros de reeducación.

En segundo lugar, las experiencias intensas de convivencia, respecto a que, cualquier relación necesita momentos especiales en los que descubrir a la otra persona, que provoquen experiencias gratificantes, que más tarde permitan mantener la relación. Estas experiencias a su vez permiten un mejor conocimiento entre adolescente y profesional. En este proceso relacional ocurren anécdotas, conflictos y situaciones que muestran con mejor nitidez cómo es cada uno. Existen infinidad de posibilidades para que surjan de necesidades reales, o sean artificialmente creadas por el profesional para posibilitar el encuentro con el ACL.

En tercer lugar, la relación interpersonal puesto que es importante utilizar cualquier actividad como instrumento favorecedor de la relación educativa. Para potenciar la relación interpersonal se necesita una mínima continuidad en la relación, es decir, constancia en la atención y participación en la esfera cotidiana del ACL. Éste es sin duda, uno de los factores que permiten la generación de modelos de referencia para el adolescente.

En cuarto lugar, la aceptación del grupo de iguales. No nos podemos olvidar de este aspecto. Para que el adolescente otorgue valor al profesional, en muchos casos es necesario su reconocimiento por parte del grupo de iguales. Ya que en determinados momentos lo que no es conocido o familiar para este entorno, parece que no existe, y supone una dificultad para que el adolescente lo integre. El profesional ha de aparecer ante este entorno como una figura alternativa, no como un miembro más de la autoridad o control, ni como otro *colega* ya que ello le apartaría del objetivo educativo. El profesional requiere acercarse a estos espacios (en ocasiones hostiles), y desarrollar habilidades que le permitan ser conocido y aceptado mínimamente.

Por último, el sentido de pertenencia, entendido como la importancia de fomentar la vinculación relacional del adolescente a un contexto de referencia, para que de este modo se identifique como protagonista de su propio proceso. La relación educativa con adolescentes suele estar vinculada a cuestiones relacionadas con la identidad y la pertenencia. La relación es posible si el adolescente identifica al profesional con algún elemento de su cotidianidad: su barrio, el equipo de fútbol, el programa de formación laboral, el mismo centro de reeducación, etc.

Es importante que el sentido de pertenencia se vincule al grupo educativo, porque la relación natural de los adolescentes es el propio grupo y las sinergias, conflictos y desarrollos que desde él se construyen. Las actuales metodologías que dominan la esfera educativa en los centros de internamiento, apuestan por una

individualización de los procesos y por premiar el aislamiento⁸. Objetivo contrario al principio de resocialización sobre el que descansa la actual LORPM 5/2000.

6. Conclusión

Tras leer este capítulo, es evidente que se han dado respuestas a muchas reflexiones, pero, sin embargo, muchas más quedan sin contestación, poniendo de manifiesto las limitaciones para el estudio de esta realidad, por lo que se concluye esta investigación abriendo posibles y necesarias líneas de conocimiento en el ámbito de la justicia juvenil en nuestra comunidad.

Entre estas nuevas líneas pueden incluirse en primer lugar una herramienta tan básica como es la mapificación de los CIMJ, que no existe ni en el territorio ni nacional ni autonómico. Así mismo la información que se aporta sobre estas instituciones suele ser vaga, imprecisa o incluso inexistente, por lo que se precisaría actualizar y ampliar de manera constante la información que en este capítulo se recoge.

Una segunda línea de análisis tendría que responder a la pregunta ¿Es la medida judicial que un menor cumple el recurso más adecuado a sus circunstancias? A pesar que durante el cumplimiento los profesionales desarrollan una importante intervención individualizada que permite adaptarse a la realidad específica de cada menor, sería interesante profundizar en este tema. A pesar que son muchas las intervenciones socioeducativas que se realizan, atendiendo a los conocimientos científicos actuales, son escasas las publicaciones al respecto que incluyen una descripción detallada de los objetivos, la metodología, las actividades, las tareas y los recursos. Así mismo la cultura de colaboración y aprendizaje compartido no parece ser una práctica habitual, tan solo superado por los esfuerzos personales de los profesionales movidos por el interés de los ACL, por ello sería interesante estructurar alianzas entre entidades que permitiera aunar esfuerzos.

En la misma línea se sitúan las evaluaciones sistemáticas de estos programas que debido a las dinámicas intrínsecas instituciones es difícil cumplir con sus requerimientos metodológicos y estadísticos, es decir, evaluaciones en las que se defina con claridad sus objetivos, los sujetos a los que se dirige, los grupos que van a integrar la evaluación, las variables (dependientes e independientes) que van a ser medidas, la temporalización, y cómo se van a codificar y analizar dichos datos. Esto sería especialmente relevante en las intervenciones de carácter humanístico sistémico y existencial de las que apenas hay estudios a pesar que la realidad práctica de los profesionales avala estas intervenciones.

Por último, habría que profundizar en la **potestad disciplinaria** y de toma de decisiones de los directores de los CIMJ, especialmente los de gestión privada. En

8. Habitaciones con TV, baño y otras comodidades que seducen a los adolescentes a disfrutar de la soledad para evitar los conflictos derivados de la convivencia grupal.

este sentido sería interesante poder realizar un estudio en profundidad en el que se puedan responder a preguntas como ¿Qué tipo de faltas identifica cada centro como leve, grave o muy grave? ¿Qué requisitos exige cada centro para solicitar o conceder los permisos a los chavales internos en ellos? ¿Qué porcentajes de permisos se piden? ¿Cuántas propuestas de cambio de medida se hacen desde los centros? ¿Cuántas salidas y de qué tipo realizan los ACL internados?

Ante este nuevo panorama de dudas, uno de los principales problemas que nos podríamos encontrar para la realización de estos estudios, es la compleja laboriosidad de los mismos, difícilmente insertables en las dinámicas institucionales. Pero como posible solución a esta problemática, estas investigaciones, que deberían ser realizadas por entidades públicas, con el fin de abaratar costes y fusionar sinergias podrían realizarse en colaboración de equipos investigadores universitarios.

7. Referencias bibliográficas

- BOTIJA, M. (2014): *Los Centros de Internamiento Españoles para adolescentes en conflicto con la ley: Principio de resocialización desde la perspectiva del Trabajo Social. Tesis doctoral, Universidad de Valencia.*
- BOTIJA, M. (2015): «Global, aperturista y comunitarios: Tres tendencias hacia el principio de resocialización en los centros de internamiento de medidas judiciales», en NAVARRO, J. J. y MESTRE, M. V. (dir), *El Marco Global de atención al menor*. Valencia: Tirant Humanidades, pp. 278-297.
- BOTIJA, M., UCEDA-MAZA, X y NAVARRO, J.J (2016): «La Trabajadora Social en los Centros de Internamiento de Medidas Judiciales», *Servicios Sociales y Política Social*, 109, pp. 107-119
- NAVARRO, J.J. (2014): *Estilos de socialización con adolescentes en conflicto con ley con perfil de ajunte. Riesgos asociados a su comportamiento*. Tesis doctoral, Universidad de Valencia.
- NAVARRO, J.J. y MESTRE, M.V. (2015): *El marco global de atención al menor*. España. Tirant
- PEARSON, G. (1994): «Youth, crime and society», en MAGUIRE, M.; MORGAN, R. y REINER, R. (dir.), *The Oxford handbook of criminology*. Oxford: Oxford University Press, pp. 1161-1206.
- UCEDA-MAZA F. X. (2011): *Adolescentes en conflicto con ley. Una aproximación comunitaria: trayectorias, escenarios e itinerarios*. Tesis doctoral, Universidad de Valencia
- UCEDA-MAZA F.X. y PÉREZ-COSÍN, J. V. (2010): ¿Es operativa la intervención pública con los adolescentes en conflicto con la ley?: un análisis desde las trayectorias y los escenarios, *Anduli: revista andaluza de ciencias sociales*, 9, 53-69.

9 Los Servicios Sociales para inmigrantes

Ana Sales Ten

1. Introducción

Hablar de Servicios Sociales e inmigración no es una cuestión sencilla, a priori podríamos entender que la intervención social con personas inmigrantes debe ser concebida como una acción más dentro del catálogo de Servicios Sociales, pues pensar lo contrario nos sitúa ante la redundante cuestión del ¿por qué a «ellos» de diferente forma que a «nosotros»? y dicha cuestión nos posiciona en un punto de partida erróneo al establecer de inicio la diferencia entre «ellos» y «nosotros». Sin embargo, el más sencillo de los análisis sobre la cuestión migratoria, nos hace darnos cuenta de la pertinencia que tiene mantener en buenas condiciones la lente con la que se miran las cuestiones más específicas de la inmigración.

De entrada debemos considerar dos premisas: (1) cualquier política local que se desee implantar en ésta área, debe conjugarse con los términos del marco normativo de la Unión Europea, los elementos establecidos y regulados por ley en el Estado Español, y las competencias asumidas por la Comunidad Autónoma, y (2) las propuestas municipales deben desarrollarse sobre la base un análisis previo de las características de población inmigrante residente en el municipio en cuestión; pues la pluralidad y la diversidad cultural, que aportan a nuestras sociedades las personas inmigrantes, lleva implícita la atención a lo peculiar, si de verdad se quieren implantar políticas inclusivas en pro de una convivencia estable y en armonía.

Analizar la estructura y las competencias legislativas en el tratamiento de la inmigración, el marco de actuación autonómico y las competencias derivadas a las Administraciones locales, así como otros modelos autonómicos de gestión, son el objeto de este capítulo. Aproximarnos a «la cuestión de la integración de las personas inmigrantes» es hoy en día un aspecto altamente sensible; el contexto global en el que se inscribe está influenciado por las experiencias y políticas desarrolladas en países vecinos; si hasta la fecha España se había mantenido al margen de abordar ésta cuestión, en los últimos años algunas Comunidades Autónomas han desarrollado políticas que se aproximan más al espectro de la «obligación de integrarse» implantada en países como Alemania, Francia, Inglaterra, Suiza o Suecia entre otros, que al sentir de «la integración como un proceso natural» que nos transmitía el Plan de Ciudadanía e Integración (PECI I y II). El debate teórico nos posiciona en la fina línea que separa la obligación de un país de ofertar mecanismos y recursos que favorezcan la integración de las personas inmigrantes

(cursos de idioma, contextualización histórica, legal y cultural) y la voluntad de éstas de hacer uso de los mismos. La cuestión ante la que estamos hoy en día se puede sintetizar de la siguiente forma: *¿debemos ofrecer, pero no tenemos que obligar, ni condicionar su aprendizaje?*, se trata de un debate que ha cuestionado los modelos teóricos que parecían válidos hasta el momento, y que encontraban en el multiculturalismo inglés y el asimilacionismo francés, los extremos del sistema. Un debate que ha registrado una extensa literatura de la que cabe resaltar autores como Ángeles Solanes que en 2012 revisaba los indicadores de integración entre los que sitúa el conocimiento de la lengua y la cultura a través de los contratos y cursos (vinculantes o no), u otros como Javier de Lucas, María José Añón y Juan Carlos Velasco, que cuestionan la influencia de estos modelos en la construcción de la ciudadanía cívica. Desde el ámbito de la sociología Lorenzo Cachón ha contribuido a la comprensión de las causas y los elementos que pueden encontrarse detrás de estos modelos. Pero quizás la reflexión más importante la encontramos con autores como Christian Joppke Sara Wallace Goodman, Ricky van Oers, y Sergio Carrera, cuyos trabajos tienen una parte empírica sobre el registro y análisis de los recientes cambios jurídicos y políticos que han tenido lugar en Europa. Solo el tiempo nos permitirá ver cuál de los dos modelos actuales (con o sin obligación) es más útil en pro de una integración efectiva.

2. La ordenación actual de los servicios de atención a la inmigración

2.1. Estructura y competencias legislativas en el tratamiento de la inmigración

Introducir el papel de la Comunidad Autónoma y de las Corporaciones Locales en la gestión de las políticas de inmigración pasa por contextualizar su actuación a través de cuatro fuentes normativas: (1) La Constitución de la que destacamos tres artículos:

- El artículo 9 encomienda a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas; remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud y facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social.
- El artículo 13 señala que los extranjeros gozarán en España de las libertades públicas que se garantizan en los términos que establecen los tratados y la ley.
- El artículo 149.1.2 establece que el Estado tiene la competencia casi exclusiva sobre nacionalidad, emigración, inmigración, extranjería y derecho de asilo. Con el matiz que tiene el título de inmigración que hace referencia a los servicios derivados de la educación, sanidad, vivienda, Servicios

Sociales, entre otros, todos ellos atribuidos a las Comunidades Autónomas y recogidos en (2) los Estatutos de Autonomía, lo que exige realizar una interpretación de Constitución que permita esta integración entre los títulos competenciales derivados a las Comunidades Autónomas y a su vez aquellos que éstas transfieren al ámbito local recogidas en (3) el Capítulo III de la Ley 7/1985¹, de 2 de abril Reguladora de las Bases del Régimen Local que alude a materias que afectan directamente a *la realización de los informes preceptivos de extranjería* como son: la gestión del padrón municipal, promoción de la cultura y participación ciudadana, vivienda pública y atención social.

La particularidad del escenario descrito hasta el momento y el tratamiento de la inmigración vivió un momento de expansión que podemos situar entre los años 1997 a 2007 periodo en el que se incrementó de manera significativa la presencia de personas inmigrantes en algunas ciudades, lo que llevó a la Comunidad Autónoma y a algunos Municipios, a desarrollar Planes y Programas de intervención a través de los cuales estructuraban y organizaban sus servicios de atención a la inmigración, con el objetivo de definir los medios y recursos necesarios para favorecer la integración del colectivo en sus ámbitos administrativos². Planes que las Administraciones han ido reformando y renovando progresivamente pero que no responden a una estructura y/o desarrollo homogéneo de los mismos y en consecuencia de las medidas de actuación que cada una de ellas aplica en la gestión de la integración y la diversidad cultural, ofreciendo un escenario plural de medidas y procedimientos de actuación, que aunque a priori pueda parecer favorable, no solo complica su análisis y evaluación, sino que incluso en alguna circunstancia puede llegar a ser discriminador.

(4) La cuarta fuente normativa en la que se basa ésta argumentación es la *Ley Orgánica 10/2011 de 27 de julio*, último texto de modificación de la *Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social*, en referencia a los siguientes artículos:

1. El texto se ha redactado, conforme ha quedado modificado en el art. 1.8 de la Ley 27/2013, de 27 de diciembre. Ref. BOE-A-2013-13756.

2. Hay que reconocer que, en esta línea de actuación, las Administraciones locales y autonómicas tomaron la delantera a la Administración Central. Si nos detenemos brevemente en revisar algunas fechas de publicación de los primeros planes autonómicos, la mayoría de ellos son anteriores a la aceptación de los Principios básicos comunes de la Unión Europea en 2004. Cataluña por ejemplo había desarrollado el II Plan Interdepartamental de inmigración 2001-2004. La Comunidad de Madrid había publicado su *Plan Regional de Inmigración 2001-2003*. Andalucía el I Plan Integral para la Inmigración 2001-2005. Las Islas Baleares contaban con un Plan Integral de atención a la Inmigración 2001-2005. Navarra tenía un Plan para la Integración Social de la Población Inmigrante 2002-2007, en Aragón el Plan integral para la inmigración 2002-2004, en la Región de Murcia el Plan de Integración social 2002-2004. El I Plan Vasco de Inmigración en el periodo 2003-2005, o el Plan Valenciano de Inmigración 2004-2007.

- El artículo 2.ter (incorporado en la reforma de la Ley de 2009) constituye un mandato explícito a las Administraciones Públicas las cuales deben incorporar *el objetivo de la integración entre inmigrantes y sociedad receptora* con carácter transversal a todas las políticas y servicios públicos promoviendo la participación económica, social, cultural y política de las personas inmigrantes, en los términos previstos en la Constitución, en los Estatutos de Autonomía y en las demás leyes, en condiciones de igualdad de trato. Especialmente refiere que procurarán mediante acciones formativas el conocimiento y respeto de los valores constitucionales y estatutarios de España, de los valores de la Unión Europea, así como de los derechos humanos, las libertades públicas, la democracia, la tolerancia y la igualdad entre mujeres y hombres, y desarrollarán medidas específicas para favorecer la incorporación al sistema educativo garantizando en todo caso la escolarización en la edad obligatoria, el aprendizaje del conjunto de lenguas oficiales, y el acceso al empleo como factores esenciales de integración.
- El artículo 14.2 reconoce que los extranjeros residentes tienen derecho a los servicios y a las prestaciones sociales, tanto a las generales y básicas como a las específicas, en las mismas condiciones que los españoles. En cualquier caso, los extranjeros con discapacidad, menores de dieciocho años, que tengan su domicilio habitual en España³, tendrán derecho a recibir el tratamiento, servicios y cuidados especiales que exija su estado físico o psíquico. El 14.3 explicita que los extranjeros, cualquiera que sea su situación administrativa, tienen derecho a los servicios y prestaciones sociales básicas.
- El Título IV referido a la Coordinación de los Poderes Públicos en el artículo 68 regula la distribución de competencias y la coordinación en: competencias ejecutivas en la concesión de la autorización inicial de trabajo, y la colaboración con las Administraciones autonómicas y locales en la emisión de los informes en los procedimientos de autorización de residencia o renovación⁴.

Uno de los aspectos más importantes en el ámbito de las renovaciones de los permisos de residencia, es la regulación de los informes de esfuerzo de integración,

3. Una de las singularidades destacadas del texto normativo, es el reconocimiento de derechos hacia quienes están sin licencia para ello y que el mismo texto recoge con la precisión de carácter general que afecta a distintos artículos sobre los términos de *residencia o residente*, que en todo caso deben entenderse referidos a una situación de estancia o residencia legal, esto es conforme a los requisitos que se establecen y que por tanto habilitan a la permanencia del extranjero en nuestro país en cualquiera de las situaciones reguladas. Cuando se omite la alusión a la situación de estancia o residencia como sucede para el ejercicio de los derechos fundamentales es precisamente porque dicha situación no debe exigirse.

4. El Anclaje de estas medidas legislativas se concretaron con el desarrollo del *Real Decreto 557/2011 de 20 de abril* que entra en vigor el 30 de junio de 2011.

de adecuación de la vivienda a los efectos de la reagrupación familiar, de escolarización de menores a efectos de renovación o modificación del tipo de permiso que se solicita, y de integración social en el ámbito del arraigo. El marco normativo explicita que cuando un ciudadano extranjero precise solicitar un informe de arraigo social o de esfuerzo de integración deberá mostrar (entre otros requisitos) sus conocimientos de idioma y de valores de la sociedad de acogida, quedando éstos recogidos en el expediente como un requisito voluntario, pero en ningún caso exigible en el marco regulación de extranjería. Su acreditación ha sido delegada en las Administraciones Autonómicas y Locales, a quienes corresponde establecer la norma mediante la cual se fijen dichos criterios.

Es junto a este argumento donde situamos la peculiaridad de las Comunidades Autónomas que han definido a través de textos reglamentarios o normativos la regulación de los contenidos por los que se mide la integración de una persona extranjera, con el objeto de homogeneizar en su territorio los criterios de reconocimiento de aprendizaje del idioma y de los valores. Cabe destacar el avance desarrollado por la Comunidad Valenciana y la Comunidad Autónoma de Madrid cuyo desarrollo es anterior a la aprobación del 2.ter (año 2009). Posteriormente otras Comunidades Autónomas como Cataluña, Andalucía y Castilla y León desarrollaran textos normativos para regular la emisión de los Informes.

2.2. Marco normativo en la Comunidad Valenciana

El compromiso del Gobierno Valenciano con las personas inmigrantes y extranjeras, en la última década, se ha traducido en una serie de iniciativas normativas impulsoras del proceso de integración y orientadoras de la acción de los poderes públicos valencianos con el fin de construir una sociedad inclusiva. El modelo valenciano fue destacado como ejemplo de buena práctica en materia de cooperación interadministrativa en la Agencia Europea para la integración de los nacionales de Terceros países⁵. El punto de partida se establece con el Decreto 7/2007 de 28 de junio, por el que se constituía la *Conselleria de Inmigración y Ciudadanía*, convirtiéndose la Comunidad Valenciana en la primera autonomía española en tener una Conselleria de estas características⁶. Aunque sus proyectos fuertes fueron el Plan Director de Inmigración y Convivencia 2008-2011 y la Ley 11/2008 de participación ciudadana de la C.V., se redactó una extensa documentación y normativa

5. COM (2011) 455 final.

6. La principal justificación de su puesta en marcha partía del incremento de ciudadanos extranjeros Según los datos publicados en el Padrón Municipal del Instituto Nacional de Estadística, la CV. había pasado de tener 156.207 personas extranjeras en año 2.000, a 668.075 personas en el año 2006, la cifra iría subiendo hasta 2.011 años en el que la población inmigrante en la C.V. ascendía a 887.678 personas, lo que suponía más de un 17,17% de la población del territorio.

al respecto; en este capítulo sólo serán referenciadas las medidas de integración y la regulación de la formación que la persona inmigrante podrá acreditar y hacer valer en la solicitud de los informes perceptivos en materia de extranjería⁷, y que es la siguiente:

La *Ley 15/2008 de 5 de diciembre de Integración de Personas Inmigrantes en la Comunidad Valenciana*, aprobada por las Cortes Valencianas el 26 de noviembre de 2008 que tiene como objeto establecer las medidas que faciliten la integración de las personas inmigrantes en la Comunidad Valenciana; integración que en el texto, es entendida como un proceso en dos direcciones que presupone tanto la voluntad de las personas inmigrantes de integrarse en la sociedad de acogida y su responsabilidad a la hora de llevar dicha voluntad a la práctica, como la voluntad de la sociedad de acogida de aceptar e incluir a las personas inmigrantes.

Centrados en su Título II referido al *compromiso de integración* el texto matiza que con carácter voluntario se pone a disposición de las personas inmigrantes mayores de edad que residan en la Comunidad Valenciana un compromiso de integración como manifestación del mutuo interés por procurar la plena incorporación en la sociedad valenciana. El compromiso de integración se planteó como un programa voluntario de comprensión de la sociedad valenciana mediante el cual se facilita a la persona inmigrante los conocimientos básicos sobre la misma e implica la manifestación de la voluntad de la persona inmigrante de seguir con aprovechamiento dicho programa. En contraprestación la persona que supere con aprovechamiento dicho programa recibe un certificado acreditativo emitido por la Conselleria competente en materia de integración social de las personas inmigrantes, que podrá hacer valer en sus relaciones sociales y jurídicas en el ámbito territorial de la Comunidad Valenciana y que tiene eficacia en el ámbito estatal en cuanto a su reconocimiento oficial, ya que la persona puede aportarlo a su expediente de extranjería como justificante de su voluntad de integración conforme al citado artículo 2.ter de la Ley de extranjería.

La norma recoge que reglamentariamente se desarrollará la aplicación del programa voluntario de comprensión de la sociedad valenciana, su contenido, fases y duración, así como el sistema de ejecución y participación en él de entidades locales, universidades, colegios profesionales, organizaciones no gubernamentales, organizaciones sindicales, organizaciones empresariales, asociaciones de personas inmigrantes y otras entidades o asociaciones de interés general; para lo que se desarrolla el *Decreto 93/2009 de 10 de julio del Consell por el que se aprueba el Reglamento de la Ley 15/2008 de 5 de diciembre de la Generalitat de Integración de las Personas Inmigrantes en la Comunidad Valenciana*; en él se define el programa voluntario de comprensión de la sociedad valenciana que bajo el rollo de «Escuela de Acogida» nace como el instrumento de actuación básico del Compromiso de Integración y consiste en el proceso temporal de actividades encaminadas a garantizar que la persona inmigrante pueda adquirir el conocimiento

7. Conforme al artículo 2.ter de la Ley 2/2009, de modificación de la Ley 4/2000, aunque conforme a la última reforma la Ley en vigor es la 10/2011.

de los valores y reglas de convivencia democrática, de sus derechos y deberes, de la organización política, aspectos culturales y sociales y los idiomas oficiales de la Comunidad Valenciana de forma compatible con el respeto a su identidad.

El Decreto establece que las actividades formativas oportunas se realizarán teniendo en cuenta la situación personal, familiar y laboral de la persona inmigrante y desde el pleno respeto a su cultura y religión dentro del marco constitucional. Su seguimiento será gratuito para la persona inmigrante y su programa tiene una duración de 40 horas lectivas con los siguientes contenidos:

1. Valores y reglas de convivencia democrática.
2. Derechos y deberes establecidos en la Constitución y en las Leyes
3. Organización política del Estado y de la Comunidad Valenciana.
4. Conocimientos de la lengua valenciana.
5. Conocimientos del castellano.
6. Conocimiento suficiente del sistema de relaciones laborales, servicios de empleo y formación profesional.
7. Conocimiento de los datos geográficos, históricos, económicos, sociales y culturales básicos de la Comunidad Valenciana.

Para la ejecución del programa, la Conselleria competente, puede establecer instrumentos de colaboración con las entidades locales, agentes sociales, colegios profesionales y universidades que se autoricen. Con el objeto de regular el régimen de autorización administrativa de las entidades para la impartición del programa, se aprueba la *Orden 11/2010 de 27 de septiembre de la Conselleria de Solidaridad y Ciudadanía*, en la que se establecen las siguientes instituciones:

1. Los agentes sociales que cumplan los siguientes requisitos: que entre sus ámbitos de actuación se encuentre la integración social de las personas inmigrantes, que desarrollen sus actividades en la Comunidad Valenciana y estén legalmente constituidas e inscritas en el registro administrativo que en función de su naturaleza jurídica le corresponda.
2. Las entidades locales de la Comunidad Valenciana que hayan creado y puesto en marcha una Agencia de Mediación para la Integración y la Convivencia Social en su ámbito territorial de actuación, y/o estén adheridas a la red de AMICS.
3. Las universidades y colegios profesionales que desarrollen su actividad en la Comunidad Valenciana, así como las asociaciones de entidades locales previstas en el título VI de la Ley 8/2010 de 23 de junio de la Generalitat de Régimen Local de la Comunidad Valenciana.

La Orden también establece condiciones relativas a: el profesorado que deberá ser diplomado o licenciado en especialidades que guarden relación con las materias a impartir y las condiciones del espacio para la realización del programa. Además, se establecen criterios de adaptación, seguimiento y control de la impartición de los contenidos y del registro de seguimiento de los mismos, y crea una Comisión de seguimiento y actualización del programa.

La apuesta por la homogeneidad del programa de la Escuela de acogida llevó a Dirección General de Integración a elaborar un material didáctico que desarrolla el contenido del programa voluntario de comprensión de la Sociedad Valenciana conforme el Título II de la Ley 15/2008. El manual de la escuela de acogida ha contado con dos ediciones, su segunda edición revisada y ampliada está estructurada en cuatro áreas formativas a su vez desglosadas en diferentes contenidos temáticos.

Las áreas y sus contenidos son:

1. *Área de lengua castellano-valenciano*. En ella se desarrollan 8 unidades con los siguientes contenidos: Tema 1, saludos y presentaciones. Tema 2, en la ciudad. Tema 3, las compras. Tema 4, trabajos y oficios. Tema 5, la vivienda. Tema 6, el cuerpo humano. Tema 7, la salud y la higiene. Tema 8, los transportes y los viajes. Cada tema contiene un vocabulario básico descrito y desarrollado y unas actividades de refuerzo.
2. *Área de historia de la UE, España y la Comunidad Valenciana*: esta área está dividida en tres partes, la I Parte refreída a la Unión Europea. La II Parte España, con dos temas; 1.- Breve historia de España y 2.- Evolución del Sistema de Gobierno. Y la III Parte, La Comunidad Valenciana, con dos temas; 1.- Breve historia de la Comunidad Valenciana, y 2.- Otros aspectos destacables entre los que se encuentra la lengua, el estatuto de autonomía, y otros.
3. *Área de legislación básica*, estructurado en cinco capítulos: I.- La Unión Europea, II.- La Configuración del Estado Español en la Constitución de 1978, III.- Derechos fundamentales y Deberes Constitucionales, IV.- La parte orgánica de la Constitución, V.- El modelo territorial de Estado: el Estado Autonómico, y VI.- La Comunidad Autónoma Valenciana.
4. *Área de información práctica*, definida como una guía de acogida «bienvenidos a la Comunidad Valenciana», y establecida como una información básica para los nuevos ciudadanos que contiene aspectos prácticos sobre: 1.- vivienda y empadronamiento, 2.- cobertura sanitaria, 3.- información sobre la situación legal de la persona, 4.- escolarización de los hijos, 5.- formación y búsqueda de empleo, 6.- otra información de utilidad, 7.- enlaces de interés.

Su edición en formato papel se recoge con una presentación en formato fichas editadas en castellano y valenciano, recopiladas en una carpeta de anillas que se acompaña con un CD como anexo que contiene todas las referencias legislativas citadas en el área 3.

Un instrumento a destacar en el modelo de integración implantado en la Comunidad lo encontramos en el Título III de la Ley relativo a la organización y actuaciones públicas en materia de integración de las personas inmigrantes, en su Capítulo III establece la creación voluntaria y puesta en marcha de las *Agencias de Mediación para la Integración y la Convivencia Social (AMICS)*, por parte de las Administraciones Locales. Son centros de atención al colectivo inmigrante que

nacen como un complemento a los servicios que desde el Gobierno Valenciano se ofrecen a la población inmigrante en su proceso de integración en la sociedad, favoreciendo la interculturalidad con la sociedad de acogida y la convivencia. Las agencias tienen como misión fomentar la cooperación entre la administración autonómica valenciana y las administraciones locales, apostando por favorecer la implicación de todas las entidades de la vida social y económica, en la construcción de una sociedad solidaria, tolerante e integrada, así como para facilitar a todas las personas que viven en la Comunidad Valenciana unos estándares mínimos de bienestar tal como son concebidos actualmente en la práctica totalidad de los países de nuestro entorno.

El panorama en la Comunidad Valenciana cambiará de manera significativa en dos momentos. El primero se daba tras las elecciones autonómicas de 2011 cuando la Conselleria se reconvierte de nuevo en Dirección General⁸ bajo el título de *Dirección General de Integración, Inclusión Social y Cooperación*, siendo un centro directivo de la Secretaría autonómica de Servicios Sociales y Solidaridad a la que corresponden las competencias en materia de inclusión social, integración de la inmigración, voluntariado social, así como las funciones en materia de cooperación al desarrollo y solidaridad.

El segundo momento se da tras las elecciones Autonómicas y Municipales de 2015, cuando la *Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas*, asume las competencias en materia de inmigración, aunque en su catálogo de áreas no aparece referencia alguna a las mismas, siendo necesario indagar en el *Área de Inclusión social*, en la que entre sus funciones recoge *Integración y voluntariado*, y es ahí donde podemos localizar información referida a las Escuelas de acogida, las agencias AMICS y los Informes de extranjería.

3. Análisis de la cuestión

La singularidad del modelo valenciano, ha destacado básicamente por el desarrollo de las Escuelas de Acogida y las Agencias AMICS, cuyo nacimiento es anterior a la regulación y derivación de competencias en materia de integración a las administraciones autonómicas y locales. El momento más importante en su desarrollo nos sitúa en los años 2009-2011, de hecho, su impulso fue tan destacado que llegó a ensombrecer algunas actuaciones locales que venían siendo un referente significativo.

A finales de 2012, 105 instituciones, entre las que había asociaciones de inmigrantes, organizaciones no gubernamentales, asociaciones de vecinos, fundaciones, ayuntamientos y mancomunidades, habían sido acreditadas como Escuelas de

8. Decreto 193/2012, de 21 de diciembre, del Consell, por el que aprueba el Reglamento Orgánico y Funcional de la Conselleria de Bienestar Social, en la que se adscribe la Dirección General de Inmigración y Cooperación.

acogida, y en todas se habían impartido al menos un curso presencial de comprensión de la Sociedad valenciana.

El Decreto 557/2011, de 20 de abril, por el que se aprobaba el Reglamento de la Ley de extranjería, daba mayor validez a la existencia de las Escuelas de acogida y a la emisión de los cursos, al regular la aplicación del artículo 2.ter. En él, se establece que será cada Comunidades autónoma quien organice con las administraciones locales la distribución de las competencias para la realización de los Informes de extranjería, en su caso la Generalitat Valenciana optó por la siguiente:

- La Corporación Local en la que el extranjero tenga su lugar de residencia o domicilio habitual, será la responsable de emitir los informes de disposición de vivienda adecuada y de arraigo o integración social.
- La Dirección general responsable de la Integración social de las personas inmigrantes, asume la realización de los informes de esfuerzo de integración y de escolarización de menores.

Los certificados emitidos por las Escuelas de acogida, adquirirían un valor significativo para aportar tanto a los informes de esfuerzo de integración como a los de arraigo social. A partir de 2013 los recortes presupuestarios y la redistribución de competencias políticas, fue reduciendo los cursos presenciales y se apostó por una nueva versión formativa on-line que permite de igual forma a la persona inmigrante obtener el certificado de realización del mismo. En 2015 se realizaron 27 cursos presenciales en 19 Instituciones de las cuales 15 eran Ayuntamientos.

Por su parte, la promoción de las Agencias AMICS requirió de un mayor esfuerzo, en ocasiones desde el ámbito institucional se percibía que en su implantación parecía buscarse más el rédito de la imagen corporativa que el propio objetivo de la atención e integración de las personas inmigrantes. Conforme figura en la web de a fecha de septiembre de 2016 hay un total de 115 Agencias acreditadas, de las cuales 55 se están el ámbito de la provincia de Valencia, 33 en el de Castellón y 31 en el de Alicante.

En el estudio y análisis de las mismas realizado para este trabajo, se obtuvo información de 48 de ellas y se pudo constatar que: (1) muchas de ellas se habían constituido sobre la base de los recursos municipales existentes para la atención a las personas inmigrantes, y en otros casos se encontraban integradas en los mismos servicios de información y orientación de los centros municipales de Servicios Sociales. (2) El personal adscrito se correspondía con el de los equipos de Servicios Sociales, lo que permitía la contratación de un Trabajador Social, aunque este no tuviera asignación directa o única para el colectivo de personas inmigrantes. (3) Por último es preciso resaltar que en algunos municipios el desarrollo de estas agencias fue muy significativo, de hecho, hubo ejemplos de agrupaciones comarcales que las pusieron en marcha aunando recursos y cuyos resultados fueron muy satisfactorios, aunque en el momento actual sólo mantengan algunos proyectos puntuales. La tabla siguiente recoge el resultado de los datos obtenidos del estudio.

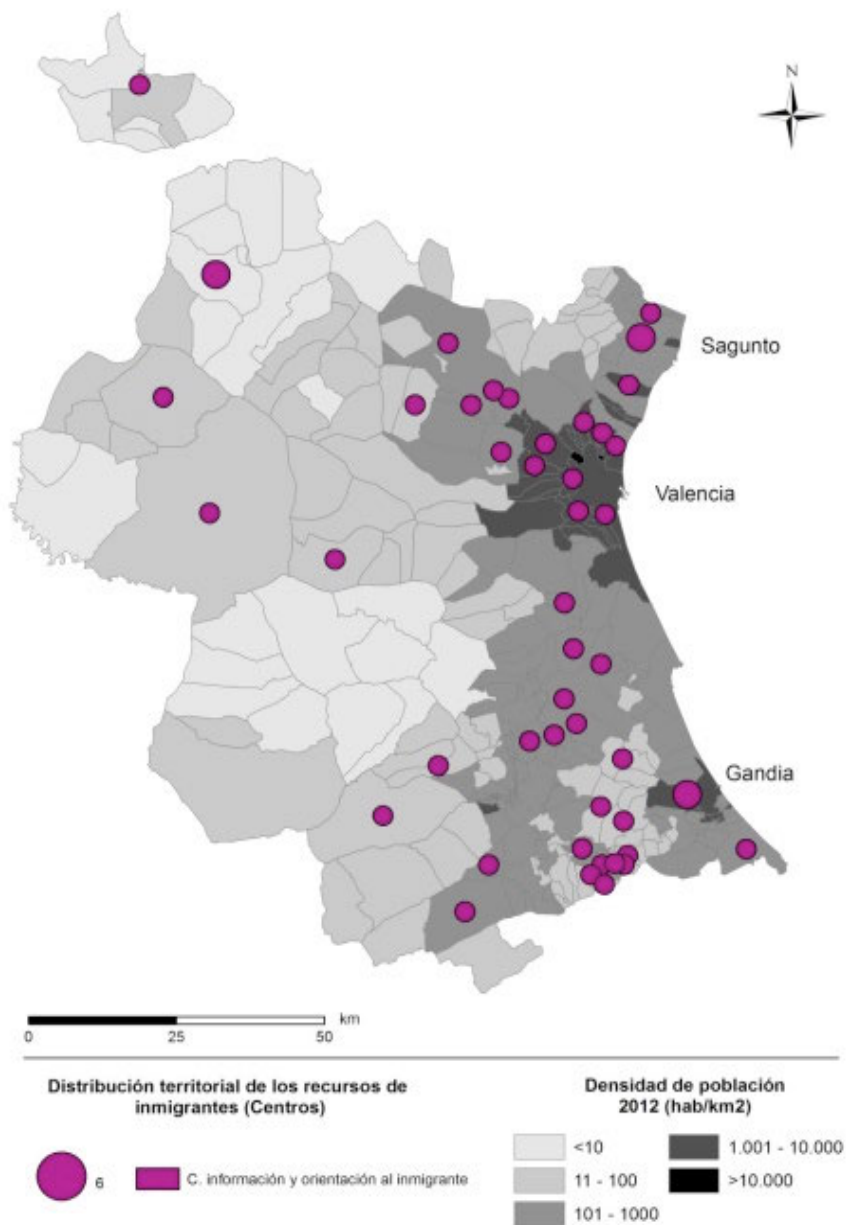
Tabla 1. Agencias Amics en la C. Valenciana: titularidad y gestión (2014)

Recurso	Titularidad			Tipología de la Gestión			
	Pública	Privada	Total	3 ^{er} sector	Pública	Privada	Total
AMICS	48	0	48	0	48	0	48

Fuente: Elaboración propia a partir del trabajo de campo

Por su parte la mapificación de las Agencias AMICS nos muestran como su desarrollo se ha impulsado en aquellos municipios con mayor densidad de población y en consecuencia con una significativa presencia de personas inmigrantes, no obstante, conforme se ha referido, no se ha podido diferenciar entre centros dotados de personal contratado con dedicación exclusiva y centros con personal compartido con otros proyectos adscritos al centro municipal de Servicios Sociales. Debemos tener en cuenta que en la mapificación sólo se contemplan los recursos públicos, y que éstos no son todos los existentes, pues cabe precisar que durante la etapa inicial de consolidación de las políticas migratorias, las Instituciones públicas no respondieron con suficiente agilidad a las necesidades que iban surgiendo a raíz del incremento del número de personas inmigrantes que llegaban a los municipios; éstas se escudaban tras un marco legislativo que no favorecía la intervención directa y la posibilidad de financiar Organizaciones no gubernamentales para que asumiesen dicha responsabilidad. Este marco de indefinición fue el telón de fondo para el trabajo de muchas Organizaciones que como parte de su compromiso con la integración de personas inmigrantes, fueron asumiendo competencias y desarrollando servicios específicos que les situaron en la primera línea de respuesta a las necesidades del colectivo, y que con el paso de los años se han configurado como Servicios Sociales especializados, que aunque mantienen vías de cofinanciación pública no tienen ni titularidad ni gestión pública.

Mapa 1: Distribución territorial de las agencias AMICS



Fuente: El sistema de serveis socials davant la crisi econòmica (2014)

4. Referencias con otras Comunidades Autónomas que sirvan de modelo

Al igual que la Comunidad Valenciana, cuatro Comunidades han desarrollado un marco normativo para la regulación de los informes de arraigo y esfuerzo de integración y que dejan evidencia de la diversidad de patrones de integración que se encuentran en el panorama nacional.

Las medidas establecidas por la Comunidad de Madrid inicialmente estuvieron marcadas por la subsidiariedad de los servicios, se trataba de un modelo de colaboración del sector público con la sociedad civil y las organizaciones privadas sin ánimo de lucro, posteriormente se apostó por la normalización institucional de los inmigrantes. En materia de integración desarrolló en 2009 el Programa «*Conoce tus Leyes*» dirigido a personas extranjeras con residencia en la Comunidad de Madrid con el objetivo de dotar a los nuevos ciudadanos de conocimientos sobre la sociedad española para facilitar su integración en la sociedad; los contenidos se desarrollan en cuatro módulos: 1.- Marco Constitucional, 2.- Herramientas de acceso al empleo, 3.- Normativa española de extranjería y 4.- Recursos para tu integración. Tras su realización se entrega un *Diploma de Participación* que sirve para acreditar su formación y que la persona interesada debe adjuntar a su solicitud de Informe de arraigo y de esfuerzo de integración, y/o a su expediente de extranjería. Inicialmente el programa era gratuito, pero conforme a la Orden 344/2013 la participación en cursos de más de 10 horas de duración lleva implícita el pago de una tasa, al igual que la emisión de los informes. Como complemento formativo diseñó una prueba de eficacia comunicativa oral en lengua española denominada *PECOLE*, en la que se valoran las capacidades de comprensión, expresión e interacción orales que se evalúan mediante una prueba que se corresponde a un Nivel A1, según los descriptores del Marco Común Europeo de Referencia para las lenguas.

Cataluña tiene asumida la competencia exclusiva en materia de primera acogida⁹, en ejercicio de la cual se aprobó la *Ley 10/2010 del 7 de mayo de acogida de las personas inmigradas y de las retornadas a Cataluña*, mediante la que se crea y regula un servicio de primera acogida entendido como un conjunto de recursos, equipamientos, proyectos y programas de titularidad pública y privada dirigidos a garantizar la satisfacción de las necesidades iniciales de formación e información de carácter básico de los extranjeros inmigrados, los solicitantes de asilo, los refugiados, los apátridas y los regresados, con el fin de promover su autonomía personal e igualdad de oportunidades, así como la cohesión del conjunto de la sociedad catalana. Fueron necesarios cuatro años y medio desde la aprobación de la Ley para que viera la luz el desarrollo reglamentario correspondiente; el *Decreto*

9. El artículo 138 del Estatuto de Autonomía de Cataluña, desarrolla las medidas que corresponden a la Generalitat en materia de inmigración, y recoge literalmente en su apartado d) «*El establecimiento por ley de un marco de referencia para la acogida e integración de las personas inmigradas*».

150/2014 de 18 de noviembre de los servicios de acogida de las personas inmigradas y de las regresadas a Cataluña. El Capítulo II compuesto por 21 artículos regula al detalle el servicio de primera acogida que se presenta estructurado en tres partes; acompañamiento, sesión de bienvenida, y formación y certificación. En la formación se establecen tres módulos: (a) competencias lingüísticas básicas en lengua catalana y en lengua castellana y exige un nivel A2 o superior, (b) conocimientos laborales y (c) conocimiento de la sociedad catalana y de su marco jurídico. La realización del conjunto de la formación se acredita por medio de un certificado denominado *certificado de acogida*, que será preciso presentar tanto para el acceso como beneficiario de los servicios y recursos públicos, como para la emisión de los Informes de arraigo y/o esfuerzo de integración, para los cuales se ha establecido una tasa de pago.

Andalucía por su parte ha diferenciado la responsabilidad y ordenación de la emisión de los informes, lo que nos lleva a referirnos a dos normas: (1) la *Ley 5/2010 de 11 de junio de Autonomía Local de Andalucía*, en la que recoge como competencias de los municipios andaluces las propias de la ejecución de las políticas de inmigración, de ella deriva que exista plena libertad municipal para decidir criterios de interpretación de la norma, requisitos exigibles, documentación acreditativa que se debe presentar, y los modelos de informe tanto para arraigo como para vivienda. La situación no es la misma en la emisión del informe de esfuerzo de integración cuya competencia es exclusiva de la Comunidad Autónoma mediante (2) la *Orden de 16 de febrero de 2012 por la que se establece el procedimiento para la emisión del informe sobre esfuerzo de integración de la persona extranjera en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Andalucía*, define las acciones formativas que tendrán validez a efectos del informe enunciando y fija mediante un sistema de puntos la valoración positiva de la participación activa de la persona extranjera en las acciones formativas estableciendo un baremo aplicable a algunas de las acciones destinadas a la adquisición de conocimientos y respeto por los siguientes valores: (a) constitucionales de España, (b) del Estatuto de Autonomía para Andalucía, (c) de la Unión Europea, (d4) de los derechos humanos, (e) de las libertades públicas y la democracia, (f) de la tolerancia y la igualdad entre mujeres y hombres, y (g) aprendizaje del castellano. Del modelo andaluz cabe destacar que no ha creado centros, recursos o programas específicos enfocados a la integración de personas inmigrantes residentes, sino que por el contrario ha dotado de valor los recursos propios existentes y han regulado a través de la Orden todos los aspectos referidos al informe, estableciendo criterios para evaluar la integración y regulando el trabajo que desde el tercer sector u otras entidades sociales ya venía haciendo.

La Comunidad autónoma de Castilla y León ha sido la última en sumarse al establecimiento de criterios de articulación de la integración de las personas inmigrantes por medio de texto normativo: la *Ley 3/2013 de 28 de mayo de integración de los inmigrantes en la sociedad de Castilla y León*, que regula las actuaciones dirigidas a la integración en la sociedad y la reagrupación familiar y al efectivo ejercicio de los derechos que los inmigrantes tienen reconocidos en materia de

salud y asistencia sanitaria, educación, Servicios Sociales, empleo, vivienda, cultura, turismo y deporte.

En su artículo 6 se recoge textualmente el *Compromiso de integración ciudadana* que reconoce que con carácter voluntario, las personas inmigrantes mayores de edad que residan en la Comunidad podrán participar en las acciones formativas dirigidas a la integración, promovidas por los poderes públicos, como manifestación de su interés por incorporarse a la sociedad castellana y leonesa, tal y como se establece en la normativa estatal básica en materia de extranjería sobre la formación específicamente dirigida a la obtención de los informes de esfuerzo de integración. Para su desarrollo, conforme marca el Título II ha elaborado el *III Plan Estratégico de Inmigración de Castilla y León 2014-2017*; en el área de integración encontramos la medida octava referida al *aprendizaje, refuerzo del castellano y promoción de actuaciones formativas dirigidas a la obtención del informe de esfuerzo de integración*, para cuya emisión se ha establecido como órgano competente la Dirección General de Relaciones Institucionales y Acción Exterior de la Consejería de la Presidencia. La Junta ha regulado los procedimientos y criterios aplicables en materia de extranjería, sin la necesidad de implementar ningún programa o recurso específico o diferente de los que ya venían asumiendo, pues ha normativizado los convenios que venía suscribiendo con asociaciones, fundaciones y organizaciones no gubernamentales y considerado válidas las acciones formativas desarrolladas por dichas entidades con las que se ha concretado el compromiso de actuación en materia de integración de los inmigrantes. Para el aprendizaje de la lengua Castellana ha optado por establecer los centros de enseñanza públicos existentes como centros de enseñanza del español para extranjeros; estos son las escuelas oficiales de idiomas y los centros de educación para personas adultas dónde se ofrece a los adultos inmigrantes mayores de 16 años cursos de alfabetización en lengua española y cursos básicos de español para extranjeros, dotando de mayor valor e implicación social, los servicios públicos existentes.

5. Propuestas de acción en la Comunidad Valenciana sobre el sector

A modo de conclusión, se referirán algunas consideraciones significativas, para la intervención en materia de integración de personas inmigrantes, dentro del marco de actuación de los Servicios Sociales.

Teniendo en cuenta la singularidad del marco normativo de extranjería, en el que se establece la posibilidad de subsanar o evitar que una persona inmigrante se encuentre en situación de irregularidad administrativa, y considerando que tanto los informes de arraigo (primera solicitud de autorización de residencia) como los de esfuerzo de integración (renovaciones de residencia) tienen una importancia significativa, se debería revisar la legislación vigente y (1) considerar la pertinencia de mantener o no en vigor el modelo valenciano de compromiso de integración, (2) establecer unos criterios comunes sobre la base de los cuales los centros

municipales de Servicios Sociales emitan ambos informes, y (3) reconsiderar el modelo de las Escuelas de acogida, al menos en cuanto a la duración de las mismas, adaptándolas para que a la persona que la curse le resulte válida para aportar a su expediente. En este caso una buena opción sería recuperar el papel social y educativo de las escuelas de adultos a través de las cuales se puede desarrollar el programa establecido, con ellas no sólo se lograría el objetivo educativo, sino también el participativo. Para ello sólo sería preciso capacitar al profesorado en habilidades para manejar la diversidad cultural en el contexto aula y promocionar actividades interculturales en el contexto.

Considerando los ejemplos de otras Comunidades Autónomas, las Administraciones locales podrían (re)definir con el conjunto de los agentes sociales de su municipio, un modelo de política de integración que sea verdaderamente inclusiva, en el que: (1) se tenga en cuenta la diversidad cultural presente, (2) se implique a los recursos y Servicios Sociales ya existentes, (3) se evite poner en marcha mecanismos específicos, y (4) se defina un procedimiento de actuación para la acogida inicial. Debemos ser conscientes que el proceso de acogida se da en un momento fundamental del proceso migratorio, de cómo éste se dé se va a generar una percepción u otra en la persona inmigrante pudiendo incluso llegar a determinar la relación entre ambos (persona inmigrante-sociedad de acogida), hasta la fecha dicha acción recaía en las Organizaciones no gubernamentales mediante convenios con la administración autonómica, sin embargo en los últimos años esta vía de colaboración se ha visto reducida de manera significativa; por ello, si se quieren plantear una políticas inclusivas en materia de inmigración, la gestión de la acogida inicial es el punto de partida, el cual, sin duda alguna, nos lleva al tema de inicio de este capítulo de cuestión del modelo de integración que se desea establecer.

En cualquier caso, la actuación con personas inmigrantes debería recibir un trato justo y equilibrado con la realidad local, evitando políticas y medidas populistas que en lugar de favorecer la integración, reseñan la diferencia y derivan en la des inclusión. Si se consideran los aspectos que nos unen más que aquellos que nos diferencian y se potencian acciones de conocimiento mutuo e intercultural, se podrá caminar hacia la construcción de sociedades plurales y diversas en las que todas las personas encuentren su acomodo. Sociedades en las que el discurso de «ellos» o «nosotros» no tengan espacio para sembrar el rechazo. Sociedades, que entiendan que la diferencia es enriquecedora pero que para ello, en ocasiones, es preciso prestarle la atención necesaria.

6. Referencias bibliográficas

Fuentes documentales

COMUNIDAD DE MADRID (2015): inmigramadrid. *Portal de Integración y Convivencia de la Comunidad de Madrid*. <http://bit.ly/1ApxsAk>

- GENERALITAT VALENCIANA (2008): *Programa voluntario de comprensión de la sociedad valenciana: Escuela de Acogida*. Valencia: Conselleria de Solidaritat i Ciutadania.
- GENERALITAT VALENCIANA (2016) *Inclusión social: Integración y voluntariado*. Recuperado en 30 de junio de 2015 en: <http://bit.ly/2d7Qw2K>
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (2014): «Cifras de Población a 1 de enero de 2014. Estadísticas de Migraciones». Publicado el 30 de junio 2014.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (2007): «El número de extranjeros empadronados en España a fecha 31 de diciembre de 2006». Publicado el 11 de junio.
- JUNTA DE CASTILLA Y LEÓN (2014): Inmigrante. Portal del inmigrante. <http://bit.ly/1prq5pm>
- JUNTA DE CASTILLA Y LEÓN (2015): *III Plan estratégico de inmigración de Castilla y León 2014-2017*. Valladolid: Conserjería de la Presidencia.
- SALES TEN, A. (2011): «Evolución de las políticas públicas en materia de inmigración y asilo, en la EU y España», en CASTRO, C., GADEA, E., Y PEDREÑO, A. (eds.) *El Mediterráneo y sus migraciones*. Murcia: edit.um (12 pág.)

Fuentes normativas

- Constitución Española de 1978.
- Ley 27/2013, de 27 de diciembre, de racionalización y sostenibilidad de la Administración Local.
- Ley 3/2013, de 28 de mayo, de integración de los inmigrantes en la sociedad de Castilla y León.
- Ley 5/2010, de 11 de junio, de Autonomía Local de Andalucía.
- Ley 10/2010, de 7 de mayo, de acogida de las personas inmigradas y de las regresadas a Cataluña.
- Ley 15/2008, de 5 de diciembre, de la Generalitat, de integración de las personas inmigrantes en la Comunitat Valenciana.
- Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de las Bases del Régimen Local. Ley Orgánica 10/2011, de 27 de julio, de reforma de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social.
- Real Decreto 557/2011, de 20 de abril, por el que se aprueba el Reglamento de la Ley Orgánica 4/2000, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, tras su reforma por Ley Orgánica 2/2009. (BOE nº 103, de 30/04/11).
- Decreto 150/2014, de 18 de noviembre, de los servicios de acogida de las personas inmigradas y de las regresadas a Cataluña.
- Decreto 93/2009, de 10 de julio, del Consell, por el que se aprueba el Reglamento de la Ley 15/2008, de 5 de diciembre, de la Generalitat, de Integración de las Personas Inmigrantes en la Comunidad Valenciana.

Orden de 16 de febrero de 2012, por la que se establece el procedimiento para la emisión del informe sobre esfuerzo de integración de la persona extranjera en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Andalucía.

Orden 11/2010, de 27 de septiembre, de la Conselleria de Solidaridad y Ciudadanía, por la que se regula la autorización para la impartición del programa voluntario de comprensión de la sociedad valenciana Escuela de Acogida.

Comunicación de la Comisión al consejo y al Parlamento Europeo (COM 2011/455): «Agenda Europea para la Integración de los Nacionales de Terceros Países». Bruselas 20.7.2011

10 Los Servicios Sociales para la Exclusión Social: Barrios de Acción Preferent¹

Gloria María Caravantes López de Lerma
Ana Isabel Serrano Tejedor

1. Introducción

En el capítulo que presentamos a continuación, se aborda en profundidad la contextualización y concepción de los denominados Barrios de Acción Preferente² en el ámbito de la Comunitat Valenciana. Para ello, se realiza un breve recorrido entorno a los conceptos teóricos de mayor relevancia a la hora de identificar los mencionados barrios y, seguidamente, se analiza el marco legislativo que regula los BAP en la Comunitat Valenciana, realizando mención especial a aquellos relativos a la provincia de Valencia. Seguidamente, para analizar el modelo valenciano, se toma como referencia la legislación contemplada en Cataluña y en la Comunidad Foral de Navarra debido a su relevancia en la intervención en barrios. En base a todo ello, el capítulo concluye con una serie de propuestas a considerar en el modelo de BAP de la Comunitat Valenciana.

La concepción teórica de barrio vulnerable nos permite aproximarnos desde una perspectiva sociológica a la terminología legislativa acuñada como Barrios de Acción Preferente. Por ello, la dimensión territorial de la comunidad es un elemento característico a considerar en el análisis de los enunciados barrios. El territorio supone un espacio donde confluyen los principales agentes de las comunidades objeto de

1. Terminología empleada en el marco legislativo de la Comunitat Valenciana. En adelante BAP.

2. Desde la perspectiva sociológica, existen diferentes acepciones a nivel internacional relacionadas con el término de Barrios de Acción Preferente: territorios sensibles, periferias urbanas, barrios desfavorecidos, barrios en crisis, barrios segregados, zonas socialmente desfavorecidas y periferias sociales entre otras, pero en esencia, todas ellas designan las mismas características socio-territoriales vinculadas a procesos de exclusión social: paro, precariedad, fracaso y estigmatización (Pain, 2010).

estudio: administración pública y privada, ciudadanía y recursos técnicos y profesionales. Además, cabe destacar que el concepto de territorio no únicamente se limita al ámbito geográfico, sino que también adquiere una dimensión social, poniendo en relieve los problemas sociales que influyen tanto en las condiciones de vida como en las condiciones subjetivas de la población (Marchioni, 1989).

La desigualdad social y fragilidad que se genera en la estructuración de determinados territorios y la ubicación de grupos sociales en los mismos (Subirats, 2005), se explica a través de dos procesos diferentes (Pérez-Cosín, Méndez y Valero, 2015): El primero de ellos manifestado a través del perfil socio-demográfico y socio-económico de la comunidad, donde confluyen etnias minoritarias (tradicionalmente la etnia gitana) y aquellas procedentes de las migraciones. En segundo lugar, por las características estructurales de los barrios, incluidas en éstas tanto la disponibilidad de los recursos y/o servicios como el acceso a ellos. En este último punto, el alejamiento de los recursos comunitarios determina el nivel de bienestar disponible para la población y sus carencias, marcarán sus puntos más sensibles para la comunidad.

En la concepción teórica de los barrios vulnerables, cabe destacar su vertiente multifactorial y multidimensional, haciendo mención especial en primera instancia a aquellos factores que potencian los procesos de exclusión social y un estado permanente de vulnerabilidad social, denominados *factores de riesgo*.

Los factores de riesgo que inciden en el aumento de producirse un determinado fenómeno pueden identificarse con una característica bien a nivel social y comunitario como a nivel individual. Gran parte de la literatura sobre factores de riesgo, refieren que las condiciones sociales propias de un entorno físico deteriorado, falta de recursos económicos, desorganización social, alta densidad de población, existencia de drogas, elevada tasa de inmigración, altos índices de violencia y/o delincuencia en el territorio, constituyen una comunidad de riesgo (Arce et al., 2004).

Por otro lado, entre la vertiente multidimensional de la configuración de barrios vulnerables podemos enunciar las siguientes a partir de (Saraví, 2009; Camacho, 2010; Buades y Giménez, 2013; Cañas, 2015): económica, social y cultural, educativa, institucional, urbanística y geográfica, detalladas a continuación:

Figura 1. Dimensiones que influyen en la configuración de barrios vulnerables



Fuente: Elaboración propia.

- **Dimensión económica:** homogeneidad respecto al bajo nivel adquisitivo y a una baja capacidad económica de la población.
- **Dimensión social y cultural:** marcados por el aislamiento físico, social y simbólico del barrio, unido al estigma asociado a vivir en este contexto donde las relaciones de coexistencia están marcadas por un cierto grado de conflictividad a nivel multicultural (Buades y Giménez, 2013).
- **Dimensión educativa:** generalmente, la población está marcada por una escasa formación educativa y/o baja cualificación profesional que les impide acceder a un empleo remunerado, derivando en empleos relacionados con la venta ambulante entre otros. Especialmente, en el sector de la tercera edad, se encuentran grandes tasas de analfabetismo. Saraví (2009) ha indicado que los jóvenes en contextos de pobreza urbana son más propicios a dejar la educación formal ya que no encuentran sentido en la inversión educativa (cit. en Vergara-Constela, 2013). Según el VII Informe FOESSA sobre exclusión y desarrollo social (2014): «La brecha de la desigualdad con el aumento de la pobreza, el riesgo de exclusión social y también al acceso a las prestaciones y servicios de los sistemas de bienestar social está extendiéndose y junto a ella o atravesada por ella la desigualdad por edad, donde se ubican en la escala inferior la infancia y adolescencia» (cit. en Lluh, Esteve y Gimeno, 2014: 66).
- **Dimensión sanitaria:** escasas condiciones de salubridad y falta de hábitos de higiene, limpieza de las infraestructuras y del propio territorio. Dichas condiciones también promueven el consumo y mercado de estupefacientes.
- **Dimensión institucional o política:** escasa inversión institucional en sistemas de protección social que promuevan procesos eficientes de inclusión social, reduciendo la brecha de la desigualdad y las barreras de la segregación espacial y la concentración de la población con unos atributos homogéneos y dependientes de los servicios de la administración pública. En el Informe de la Fundación FOESSA (2014) se afirma que, ante la situación de crisis económica, las respuestas protagonizadas por los poderes públicos que hasta el momento se han llevado a cabo, han promovido los procesos de exclusión social, especialmente en el caso de las familias gitanas, que incluso antes de la crisis económica del 2007, destacaban por su gravedad.
- **Dimensión urbanística:** caracterizados por el deterioro de las infraestructuras y a su vez, degradación de las relaciones sociales (Buades y Giménez, 2013), produciendo en algunos casos, situaciones de hacinamiento familiar. A ello, cabe añadir el bajo coste del precio de la vivienda y del alquiler de las mismas. Especialmente en la situación de deterioración de la vivienda, las problemáticas de índole socioeconómica, la conectividad con los recursos comunitarios y la asignación de asistencia pública son las características principales donde se manifiesta la existencia de un barrio en crisis (Cañas, 2015).
- **Dimensión geográfica:** alejamiento de los recursos comunitarios, delimitación y localización periférica como aspectos condicionantes del aislamiento (Cañas, 2015) y de la marginación social.

2. La ordenación actual: situación legal, su ordenación

A partir de los años sesenta, se producen en nuestro país fenómenos migratorios de población procedente de las zonas rurales a las zonas más industriales. Ante esta circunstancia en la Comunitat Valenciana se procede a la construcción de viviendas sociales por parte del MOPU (Ministerio de Obras Públicas y Urbanismo), con la finalidad de acabar con los asentamientos y las condiciones de infravivienda que habían surgido en las grandes ciudades. Con la llegada de la democracia estas viviendas fueron transferidas a las Comunidades Autónomas, en nuestro caso al Instituto Valenciano de la Vivienda SA (IVV-SA), dependiente de la Consellería de Obras Públicas, Urbanismo y Transportes de la Generalitat Valenciana (Uceda-Maza y Monje, cit. en Oteiza, 2003).

La necesidad de actuar de manera prioritaria en aquellos barrios que a finales de los años ochenta presentaban una serie de carencias y contradicciones sociales a causa de una inadecuada planificación llevó al Consell de la Generalitat Valenciana a crear un marco de actuación básico para estos barrios especialmente vulnerables, en el que recoger toda una serie de medidas dirigidas a eliminar la marginalidad y las consecuencias derivadas de ella, haciendo posible la prevención de los procesos sociales que originaban su desestructuración.

De este modo, mediante el Decreto 157/1988 de 11 de octubre, del Consell de la Generalitat Valenciana, se establece el Plan Conjunto de Actuación de Barrios de Acción Preferente (BAPs).

El presente Decreto señala como objetivo: «llevar a cabo intervenciones singulares en aquellos Barrios que presenten una especial situación precaria en el orden social y económico, de manera que, aplicando coordinadamente los recursos públicos y privados, se posibilite la solución de los problemas, se facilite el acceso a los recursos sociales ordinarios, se fomente la responsabilidad en la gestión de los propios riesgos y se promueva el bienestar social».

A su vez, plantea por primera vez la rigurosa coordinación entre los distintos Departamentos y Administraciones, para ello exige crear una Comisión permanente que coordine, garantice y evalúe los programas y planes de actuación. Asimismo, se establece la creación de una Comisión Mixta para cada uno de los barrios declarados BAPs. Estas Comisiones Mixtas adquieren gran relevancia al ser específicas para cada barrio, ser las encargadas de implantar las directrices de actuación fijadas por la Comisión de Coordinación, así como evaluar los programas emitiendo informes mensuales, rendir cuentas y proponer, si procede, la finalización de su condición de Barrio de Acción Preferente.

En el artículo cuarto del Decreto, se recogen las medidas de actuación que se establecen desde las diferentes Consellerías³ implicadas: Cultura, Educación y Ciencia, Trabajo y Seguridad Social, Sanidad y Consumo, Obras Públicas, Urbanismo y Transporte. Destacando las siguientes:

3. Consejerías

- En el ámbito educativo, la aplicación de recursos como: Centros de Acción Educativa Singular (CAES), escuelas infantiles, comedores escolares, becas de comedor, ayudas de libros, seguimiento de la escolarización, educación de adultos, así como, la promoción del deporte, ocio y cultura.
- Desde la Consellería de Trabajo y Seguridad Social medidas del fomento del empleo dirigidos a mujeres, parados de larga duración y colectivos con dificultades específicas. Por otro lado, la creación de los Equipos de Intervención para la implantación de las prestaciones sociales básicas, el apoyo domiciliario, la cooperación social e integración familiar.
- En el área de Sanidad un incremento de los recursos sanitarios de atención primaria y dar cobertura asistencial a la totalidad de la población del barrio.
- Desde Obras Públicas, Urbanismo y Transporte, la creación de infraestructuras y transporte colectivo, la rehabilitación y mantenimiento de las viviendas, el realojamiento de colectivos marginales y el control de las ocupaciones.

En el Decreto 157/1988 se declaran como Barrios de Acción Preferente en la Comunitat Valenciana los siguientes: Barrio de «Las 1.000 viviendas» de Alicante, Barrio de «La Tafalera» de Elda, Barrio «Los Palmerales» de Elx, Barrio «San Agustín y San Marcos» de Castelló de la Plana, Barrio «613 viviendas» de Burjassot, Barrio «San José» de Xirivella, Barrio «La Coma» de Paterna, Barrio «Baladre» de Sagunto y Barrio «Zorrilla» de Torrent.

Dicho decreto se encuentra modificado por el Decreto 216/1992, de 7 de diciembre, del Gobierno Valenciano, por el que se establece los órganos de participación en materia de Servicios Sociales. Éste establece, ante la aparición de nuevos recursos o programas, la creación de comisiones interdepartamentales de seguimiento y coordinación como son la Comisión de Coordinación de Barrios de Acción Preferente y la Comisión de Seguimiento y Coordinación del Plan de Medidas de Inserción Social en la Comunitat Valenciana, con el fin de aunar todas las funciones de idéntica naturaleza en un único órgano de seguimiento y coordinación.

3. Análisis de la cuestión

El Plan Conjunto de Actuación en Barrios de Acción Preferente estipula llevar a cabo intervenciones a diversos niveles en los barrios haciendo especial hincapié en el ámbito educativo, sanitario, en la promoción del empleo, la iniciativa comunitaria y la participación social, así como en el mantenimiento de las viviendas, el desarrollo del transporte y las obras públicas.

Para conocer la evolución y la incidencia que han tenido las distintas medidas de intervención en estos barrios hemos llevado a cabo un estudio multifactorial y multidimensional teniendo en cuenta aquellos factores de riesgo que potencian los procesos de vulnerabilidad y exclusión social tal y como recogemos en la tabla 1.

Para el análisis documental, empleando la metodología cualitativa, hemos realizado cuatro entrevistas en profundidad y semiestructuradas a profesionales de la intervención social, una por cada Barrio de Acción Preferente, cuyas características describimos en la tabla 2.

A lo largo de la investigación hemos encontrado que el Barrio de San José de Xirivella y el Barrio de Zorrilla de Torrent fueron suprimidos de la categoría BAP por haber sido derruidos en 1993. Por otro lado, en ese mismo año se incorpora a la categoría de BAP el «Barrio del Cristo» ubicado entre los términos municipales de Aldaia y Quart de Poblet⁴.

Por este motivo, el análisis lo hemos centrado en aquellos barrios que en la actualidad constan como Barrios de Acción Preferente situados en la Provincia de Valencia: «613 viviendas» de Burjassot, «La Coma» de Paterna, «Baladre» de Sagunt y el «Barrio del Cristo» (Aldaia-Quart).

A continuación, se procede al análisis de estos barrios en base a las dimensiones: cultural, social, sanitaria, institucional, geográfica, económica y educativa.

4. Hasta el momento, el Decreto 157/1988 no ha sido actualizado con estas modificaciones.

Tabla 1. Análisis multidimensional de los BAP

	613 viviendas	La Coma	Baladre	Barrio del Cristo
Cultural	Minorías étnicas Etnia gitana No significativa la presencia de inmigración extranjera	Minorías étnicas Etnia gitana Territorio multicultural mayoritariamente latino-americana	Minorías étnicas Etnia gitana y población marroquí	Población procedente ola inmigración nacional No significativa la presencia inmigración extranjera
Social	Población joven (menores 25 años) y población mayor de 70 años Sentimiento de pertenencia al barrio pero sin actitudes proactivas de defensa y reivindicación	Población joven y reivindicativa Sentimiento de pertenencia al barrio Tejido asociativo relevante	Población joven Estigma social (estereotipos y prejuicios)	Población envejecida Alto índice de natalidad en menores jóvenes/adolescentes
Sanitaria	Cobertura sanitaria al total de la población Estudios de salud comunitaria de escasa relevancia	Falta hábitos de higiene Sociedad urbanística	Falta hábitos de higiene Sociedad urbanística	Cobertura sanitaria al total de la población
Institucional	Proyecto de Regeneración Integral Urbana (Proyecto RIU 613) en 2008	Plan de normalización del Barrio de la Coma Plan Integral de Desarrollo del Barrio de la Coma (1990)		Modificación estatutos de la Mancomunidad del Bº del Cristo por Orden de la Conselleria de Administración Pública de la Generalitat Valenciana: DOGV de 11 de febrero de 1994

	613 viviendas	La Coma	Baladre	Barrio del Cristo
Urbanística	Viviendas Sociales Ministerio de la Vivienda (IVVSA actual EIGE) ⁵ finales años 70: alquiler con opción a compra 50% en propiedad Ocupación ilegal Casos de Hacimientos	Viviendas de protección oficial (VPO) ⁶ (propiedad del EIGE) Infravivienda y deterioro Ocupación ilegal Casos de hacinamiento	VPO: 50% en propiedad y 50% ocupadas «de pataada» Deterioro de las viviendas	Viviendas construidas por la misma población (años 40) Viviendas Sociales en régimen de alquiler Ocupación ilegal
Geográfica	En origen periferia del núcleo urbano. Actualmente integrado en el municipio (ampliación tranvía, <i>boulevard</i> , rodeado de organismos públicos y servicios municipales)	Periferia del núcleo urbano Alejamiento de los recursos comunitarios	Periferia del núcleo urbano	Periferia del núcleo urbano Ubicado entre dos municipios y rodeado de polígonos industriales y de la autovía (A3)
Económica	Alta tasa de desempleo Empleos de baja cualificación Pensionistas Venta ambulante Umbral de la pobreza	Alta tasa de desempleo Bajo poder adquisitivo	Alta tasa de desempleo	Alta tasa de desempleo
Educativa	Absentismo escolar Carencia de formación Baja cualificación	Absentismo escolar Carencia de formación Alta tasa de analfabetismo Baja cualificación	Absentismo escolar Carencia de formación Baja cualificación	Absentismo escolar Carencia de formación Baja cualificación

Fuente: Elaboración propia⁵⁶

5. Entidad de Infraestructuras de la Generalitat Valenciana, anteriormente Instituto de la Vivienda (IVVSA).
6. Viviendas de Protección Oficial.

Tabla 2. Características de los profesionales entrevistados

	613 viviendas C.R. ⁷	La Coma J.M.	Baladre P.M.	Barrio del Cristo C.P.
Sexo	Varón	Varón	Mujer	Mujer
Cargo actual	Técnico de intervención social. Ayuntamiento de Burjassot	Técnico del Proyecto de Intervención Comunitaria Intercultural	Pedagoga Asociación «Trencant Silencis»	Trabajadora social del Centro de Salud
Años de experiencia en el barrio	17 años	10 años	15 años	23 años
Ámbito de trabajo	Servicios Sociales Socio-educativo	Comunitario Tercer sector	Mujeres Tercer sector	Sanitario

Fuente: Elaboración propia⁷

7. Iniciales de los entrevistados/as.

Los cuatro barrios analizados previamente presentan características comunes las cuales les otorgan su condición de BAP destacando en su origen ser zonas suburbanas ubicadas en la periferia de los municipios como parte de las Políticas de Erradicación del chabolismo y de la infravivienda de finales de los años sesenta en la Comunidad Valenciana (Uceda-Maza, y Monje, cit. en Oteiza, 2003) con la excepción del Barrio del Cristo cuyo origen se sitúa a finales de los años cuarenta y las primeras casas del barrio son construidas por los propios vecinos «*tras su jornada laboral (...) de forma anárquica, sin trazado urbanístico ni servicios de ninguna clase*»(Hernández *et al.*, 1993:149).

Todos ellos quedan alejados de los núcleos urbanos sin fácil accesibilidad al carecer de un adecuado transporte colectivo lo que da lugar a la creación de *guetos*. Cabe destacar la peculiaridad del Barrio del Cristo que se encuentra ubicado entre el término de Quart de Poblet y el término de Aldaia, pasando a constituirse la Mancomunidad Intermunicipal Aldaia-Quart por Decreto 3349/65 de 11 de noviembre para dotar de servicios al Barrio del Cristo (Hernández *et al.*, 1993).

Respecto a la situación de las viviendas, en la actualidad se dan casos de deterioro y hacinamiento en gran parte de ellas en todos los barrios. Las viviendas de Protección Oficial (VPO) construidas por el IVVSA⁸ fueron asignadas, en su mayoría, en régimen de alquiler con derecho a compra. En la actualidad, encontramos que la mitad de las viviendas han pasado a ser propiedad de los vecinos, y la otra mitad siguen en régimen de alquiler o han sido ocupadas de forma ilegal por lo que se conoce como de «patada en la puerta».

Los principales problemas sociales que se concentraron en estos barrios en aquel momento y que, según expresan los y las profesionales entrevistados/as, continúan vigentes, aunque han cambiado en su forma e intensidad son: las altas tasas de desempleo, jóvenes sin formación y con escasa motivación, absentismo escolar, tráfico y consumo de drogas, deterioro de las viviendas y escasos recursos comunitarios.

Las altas tasas de desempleo van acompañadas de un bajo nivel sociocultural entre la población, baja cualificación y desmotivación, principalmente entre la población joven. A su vez, los índices de absentismo han sido una de las problemáticas en los barrios desde sus orígenes que ha sido abordada mediante la creación de Programas de Absentismo Escolar desde Servicios Sociales en coordinación con los colegios de los barrios que pasaron a ser declarados centros CAES (Centros de Acción Educativa Singular) tal como indica el Decreto.

En cuanto a la población residente en los cuatro BAP, hay presencia de minorías étnicas principalmente el pueblo gitano, que convive con la población procedente de las primeras olas de inmigración nacional en las décadas de los años cuarenta y los sesenta y población inmigrante extranjera, destacando la nacionalidad marroquí en el Barrio Baladre, latinoamericana en el Barrio de La Coma, mientras que en el Barrio del Cristo y las 613 Viviendas no es significativa la inmigración de procedencia extranjera. Por otro lado, encontramos la confluencia de población

8. En la actualidad Entidad de Infraestructuras de la Generalitat Valenciana (EIGE).

joven (menores de 25 años) y altos índices de natalidad en mujeres adolescentes junto con una parte de la población envejecida.

Se aprecia en estos barrios suciedad y deterioro del entorno comunitario, falta de zonas verdes, parques y mobiliario urbanístico.

Se han implantado a lo largo de los años los diversos recursos que marcaba el Decreto. Algunos de ellos de forma más consistente y que siguen vigentes en la actualidad como son: los recursos sanitarios de asistencia primaria, los Centros de Acción Educativa Singular (CAES), los comedores escolares, las becas de comedor, el seguimiento de la escolarización, así como los equipos de Servicios Sociales. De manera temporal o puntual se han desarrollado: los planes de fomento del empleo, los programas de promoción del deporte, el ocio y la cultura, la participación social y la iniciativa comunitaria, así como la rehabilitación de viviendas y zonas comunes.

El tejido asociativo ha destacado en los barrios de La Coma y el Barrio del Cristo, siendo débil, en cambio, en el barrio Baladre de Sagunto. Este hecho se puede relacionar con el sentimiento de pertenencia al barrio, donde la integración a través de la comunidad se establece a partir del conocimiento y reconocimiento mutuo entre las personas que residen en un mismo territorio. En la línea de (Vergara-Constela, 2013), dicha integración alude intrínsecamente a los procesos de «*identidad barrial*». Algunos de los entrevistados, manifiestan la existencia de ese sentimiento de pertenencia a los barrios, pero sin llegar a desarrollarse actitudes de defensa y compromiso.

4. Referencia con otras comunidades autónomas que sirvan de modelo

Los modelos llevados a cabo por otras comunidades autónomas son disparmente diferentes al actual Decreto 157/1988 desarrollado en el ámbito de la Comunitat Valenciana. Por este motivo, tomaremos como referencia los modelos de intervención en barrios llevados a cabo por Cataluña y la Comunidad Foral de Navarra.

4.1. Cataluña: Ley 2/2004, de 4 de junio, de mejora de barrios, áreas urbanas y villas que requieren una atención especial

La intervención en barrios cuya denominación en el marco legislativo se identifica con *barrios de atención especial*, se aborda desde una dimensión integral vertebando la actuación en base a ocho áreas específicas: mejora del espacio público y dotación de espacios verdes, provisión de equipamiento para uso colectivo, incorporación de tecnologías de la información de los edificios, fomento de la eficiencia energética, equidad de género en uso del espacio urbano y los equipamientos,

accesibilidad y supresión de barreras arquitectónicas y desarrollo de programas que comporten una mejora social, urbanística y económica del barrio.

En este sentido, la legislación catalana plantea la ejecución de este tipo de actuaciones desde la Administración a partir de concurso público, cuyos proyectos serán subvencionados por la Generalitat Catalana entre un 50 y un 75% del presupuesto total del proyecto finalmente seleccionado. Dicho proyecto, tendrá una duración máxima de cuatro años, con la posibilidad de dos años de prórroga en los casos que fuere pertinente incrementar el periodo de ejecución y evaluación. En este sentido, la participación de los *agentes comunitarios* (administración pública, técnicos y ciudadanía) a lo largo de todo el proceso de considera como un eje fundamental

Además de la transversalidad de las áreas temáticas que contempla la ley como ejes fundamentales a considerar en la planificación de la intervención, se contempla como un factor de gran relevancia la implicación y participación ciudadana en la fase de selección del proyecto, fase de desarrollo y posterior evaluación de la intervención.

4.2. Comunidad Foral de Navarra: *Ley Foral 10/2010, de 10 de mayo, del Derecho a la Vivienda en Navarra*

En la presente Ley, se garantiza el derecho constitucional a una vivienda digna estableciendo las medidas que permitan el acceso a una vivienda a toda la ciudadanía.

En el artículo tercero se rigen los principios rectores de la ley estableciéndose los de orden social facilitando el acceso a una vivienda protegida a aquellos colectivos en situación o riesgo de exclusión social. Promoviendo, a su vez, la diversidad y cohesión social en los barrios como garantía de una adecuada integración urbana y como método de prevención de fenómenos de segregación, exclusión o discriminación por razones socioeconómicas, demográficas, culturales, religiosas, de discapacidad o de cualquier otra índole.

En el desarrollo reglamentario de la *Ley Foral 10/2010 del Derecho a la Vivienda en Navarra* encontramos el *Decreto Foral 2/2016, de 27 de enero*, por el que se modifica el *Decreto Foral 61/2013, de 18 de septiembre, por el que se regulan las actuaciones protegibles en materia de vivienda*, y el *Decreto Foral 142/2004, de 22 de marzo, por el que se regulan las condiciones mínimas de habitabilidad de las viviendas en la Comunidad Foral de Navarra*.

A su vez, la *Ley Foral 35/2002, de 20 de diciembre, de Ordenación del territorio y Urbanismo* recientemente modificada por la *Ley Foral 5/2015, de 5 de marzo, de medidas para favorecer el urbanismo sostenible, la renovación urbana y la actividad urbanística en Navarra*, señala entre sus fines: orientar las actuaciones públicas y privadas para hacer efectivo el derecho de todos a una vivienda digna y adecuada; mantener y mejorar la calidad del entorno urbano, regulando los usos del suelo, dotaciones públicas, actividades productivas, comerciales, de

transporte, y similares, con el fin de promover un progreso económico y social equilibrado y sostenible asegurando el acceso de los habitantes en condiciones de igualdad a los equipamientos y lugares de trabajo, cultura y ocio; promover el desarrollo económico, la cohesión social y el desarrollo sostenible a través del fomento de las actividades productivas y generadores de empleo estable. Establece también en su artículo 7 la promoción de la participación ciudadana por parte de las Administraciones públicas en los procesos de ordenación del territorio y urbanismo mediante un plan de participación.

El Gobierno Foral de Navarra, como parte de las medidas promovidas desde los Planes de Lucha Contra la Exclusión Social, y receptivo a las demandas de las Plataformas de Afectados por las Hipotecas creó el Programa de Vivienda de Incorporación Social (VIS) que se puso en marcha en 1998 con el objetivo combatir la exclusión residencial y facilitar el acceso a viviendas dignas, tanto en propiedad como en alquiler, a personas y familias en situación de exclusión social y el programa de Vivienda de Alquiler de Integración Social (VAIS) que nació en 2009 como complemento del anterior, para extender las políticas de acceso a la vivienda en alquiler.

5. Propuestas de acción en la Comunitat Valenciana sobre el sector

Por todo lo expuesto previamente, se considera necesaria la modificación del hasta el momento vigente Decreto 157/1988 y la urgente aprobación de un nuevo marco legislativo para establecer desde el nivel autonómico, la responsabilidad pública de intervención de carácter especial en barrios vulnerables. Asimismo, cabe identificar mediante diagnósticos los barrios vulnerables de la Comunitat Valenciana para posteriormente, definir la intervención de carácter integral y transversal en el territorio teniendo como eje prioritario la inclusión social y el desarrollo local de la ciudadanía. Seguidamente, realizar un diagnóstico comunitario de necesidades y carencias en los diferentes Barrios de Acción Preferente para determinar las áreas de actuación de carácter transversal a desarrollar en los diferentes barrios en función de las necesidades locales pertinentes: social y cultural, educación, sanidad, económica y laboral y urbanística.

Por otra parte, es preciso aumentar los equipos profesionales de base territorial a nivel local de los Servicios Sociales Municipales para impulsar las intervenciones en las zonas vulnerables, garantizando a su vez, una estructura de coordinación entre los diferentes agentes implicados: administración autonómica y local, equipo profesional de base territorial a nivel local, entidades privadas cuya actuación sea relativa a dichos barrios y representación ciudadana. En este sentido, reconocer y promover un espacio de participación ciudadana en las diferentes fases de desarrollo de la intervención: previa (diagnóstico y planificación), durante (desarrollo) y posterior (evaluación). De este modo, la promoción de la eficiencia en la gestión de los recursos desde el ámbito local, así como la creación

de recursos comunitarios en zonas suburbanas se considera fundamental a la hora de realizar una intervención comunitaria.

Paralelamente, asegurar un proceso de evaluación orientado hacia la calidad y mejora continua; integrando actuaciones de supervisión y control (tanto a nivel local como autonómico) a través de la creación de la Comisión de seguimiento y calidad. En última instancia, cabe promover un programa específico de erradicación del chabolismo vertical y horizontal y en última instancia,

6. Consideraciones finales

El Decreto 157/1988, de 11 de octubre, del Consell de la Generalitat Valenciana es considerado como un decreto pionero a finales de los años 80 que aborda de forma integral la intervención preferente en aquellos barrios vulnerables creados a raíz de las políticas de erradicación del chabolismo.

Pone de manifiesto el reconocimiento, por parte del Consell de la Generalitat Valenciana, de la inadecuada o nula planificación en la organización social de estos barrios, lo que produce una enorme desestructuración social que desemboca en procesos de vulnerabilidad.

Plantea la intervención en los barrios desde la rigurosa coordinación entre las diversas Administraciones lo que lleva la creación de la Comisión de Coordinación y las Comisiones Mixtas de Barrio, así como a la articulación de diversos programas específicos desde todas las Consellerías, dando lugar a una normativa muy bien estructurada en su planteamiento y forma, si en su desarrollo hubiese sido igual de riguroso.

Por la propia idiosincrasia de los Barrios de Acción Preferente analizados a lo largo de este capítulo, resultaría necesario actualizar el Decreto teniendo en cuenta que, desde la aprobación del Decreto en 1988, las problemáticas sociales y las necesidades siguen siendo muy similares. En el año 97 con la creación de la actual Ley de Servicios Sociales, Ley 5/1997, de 25 de junio, de la Generalitat Valenciana, podría haber sido el momento para plantear las oportunas modificaciones al Decreto, teniendo en cuenta que algunos de los barrios originales habían desaparecido y otro, como es el caso del Barrio del Cristo, había sido incorporado a la categoría de BAP.

Ese nuevo planteamiento se ha de abordar desde un diagnóstico de las necesidades actuales en dichos barrios. Para su realización se debe contemplar con la participación activa y directa de los propios vecinos del barrio, así como de los principales actores (políticos, técnicos y sociales) que en ellos intervienen dando lugar a una corresponsabilidad en la toma de decisiones sobre las medidas y acciones a ejecutar.

En última instancia, cabe mencionar que tras veintiocho de la catalogación de dichos barrios como focos territoriales con necesidades especiales al ser denominados BAPs, hoy en día continúa persistiendo la necesidad de trabajar

coordinadamente en pro del bienestar de la población y de la mejora de sus condiciones de vida.

7. Referencias bibliográficas

- ARCE, R. ET AL. (2004): Contrastando los factores de riesgo y protectores del comportamiento inadaptado en menores: implicaciones para la prevención. *Segundo premio de investigación educativa*. Centro de Investigación y Documentación Educativa (CIDE).
- BUADES, J. Y GIMÉNEZ, C. (2013): «Hagamos de nuestro barrio un lugar habitable». *Manual de intervención comunitaria en barrios*.
- CAÑAS, J. (2015): *Marginación socio-espacial. Programas de rehabilitación de patologías estructurales en el polígono de viviendas del barrio Besòs de Barcelona*. Tesis doctoral. Universitat de Barcelona.
- MARCHIONI, M. (2007): *Planificación social y organización de la comunidad. Alternativas avanzadas a la crisis*. 7ª ed. Madrid: Popular.
- LLUCH, E., ESTEVE, E. Y GIMENO, B. (2014): Crisis y Derechos Sociales. Análisis y Perspectivas. Comunitat Valenciana. *Observatorio de Investigación sobre Pobreza y Exclusión en la Comunidad Valenciana*.
- GONZÁLEZ, M. E; HERNÁNDEZ, J.C., ET AL. (1993): *Barrios de Acción Preferente: I. 613 Viviendas y II. Barrio del Cristo*. València: Generalitat Valenciana. Institut Valencià de Serveis Socials.
- PAIN, J. (2010): «Terrains sensibles: stratégies et projets d'intervention». *Anduli, Revista Andaluza de Ciencias Sociales*, 9, pp. 29-98.
- SUBIRATS, J. ET AL. (2008): *Análisis y gestión de políticas públicas*. Barcelona, Ariel.
- UCEDA-MAZA, F. X. Y MONJE, M. (2003): «El Barrio de Acción Preferente “613 Viviendas” de Burjassot: El proceso de normalización de viviendas en un Barrio Desfavorecido», en OTEIZA, V. *Un lugar para vivir. Experiencias de exclusión residencial y de cómo salir de ellas en el Estado Español*. Pamplona: Universidad Pública de Navarra.

Referencias normativas

Comunidad Foral de Navarra

- Ley Foral 5/2015, de 5 de marzo, de medidas para favorecer el urbanismo sostenible, la renovación urbana y la actividad urbanística en Navarra.
- Ley Foral 10/2010, de 10 de mayo, del Derecho a la Vivienda en Navarra.
- Decreto Foral 2/2016, de 27 de enero.

Cataluña

Ley 2/2004, de 4 de junio, de mejora de barrios, áreas urbanas y villas que requieren una atención especial.

Comunidad Valenciana

Decreto 157/1988, del 11 de octubre, del Consell de la Generalitat Valenciana, por el que se establece el Plan Conjunto de Actuación de Barrios de Acción Preferente.

11 **La organización territorial de los Servicios Sociales especializados en la provincia de Valencia. Un (des)ajuste entre oferta y demanda**

Jaime Escribano Pizarro
Cristina Herráiz Lizan
José Javier Serrano Lara

1. Introducción y planteamiento

En el presente capítulo planteamos un análisis descriptivo de la organización territorial que presentan los Servicios Sociales especializados en la provincia de Valencia, con el fin de identificar la existencia de desequilibrios espaciales, situaciones de inadecuación entre la oferta y la demanda, y por consiguiente, desigualdad de oportunidades. Todo ello incorporando al estudio de la localización de los recursos, aspectos como los de su titularidad y sus diferentes formas de gestión, en la medida que tanto la iniciativa social como la privada participan cada vez más de un sistema de bienestar en donde la responsabilidad pública dirige fundamentalmente su acción a la ordenación, planificación y gestión del mismo (Uceda et al., 2012).

A diferencia de los capítulos anteriores, en este la mapificación empleada adquiere si cabe una mayor perspectiva espacial e integradora, en tanto en cuanto se analiza el conjunto del espacio provincial valenciano a partir de sus comarcas y la totalidad de servicios especializados de atención social que se ofertan en cada una de ellas. En este sentido, el presente capítulo prosigue en cierto modo la labor iniciada en 1991 por la obra *Mapificación de los Servicios Sociales en la Comunidad*

Valenciana, de la Dirección General de Servicios Sociales de la Consejería de Trabajo y Seguridad Social.

Así, el recurso a la cartografía temática nos permite también a nosotros favorecer, primero, que la población identifique los recursos más inmediatos en función de sus necesidades, especialmente en el entorno inmediato a su residencia habitual; segundo, que los profesionales conozcan tanto su ámbito espacial de actuación como la oferta y el tipo de atención con la que cuentan para el desarrollo de su labor cotidiana; tercero, que iniciativa social y/o privada conozca dónde y de qué modo colaborar eficazmente en la atención de las necesidades menos habituales; y cuarto, que la administración pública oriente el crecimiento de los sectores de la red especializada de una forma equitativa en el territorio (es decir, que la demanda se halle adecuadamente atendida por la oferta correspondiente) y justa en el espacio (que la localización de los equipamientos permita su uso en igualdad de condiciones por parte de todos sus usuarios).

De este modo, el presente capítulo se estructura alrededor de los siguientes cuatro apartados:

- a) La organización espacial por comarcas¹ de los Servicios Sociales especializados² de la provincia de Valencia existentes en el año 2013, desde tres puntos de vista: primero, atendiendo a los sectores de actuación y a la cantidad de recursos de cada uno de ellos en función del número de centros con los que materializan su oferta; segundo, según el tipo de gestión pública, privada o resultante de la acción del Tercer Sector que presentan los centros existentes; y tercero, a partir del número de plazas disponibles en general, bien de titularidad pública o privada.
- b) Con el fin de aprovechar la situación recogida por la Mapificación de los Servicios Sociales de 1991 y comparar esta con la existente en 2013, el segundo apartado analiza la evolución que el sistema de Servicios Sociales especializados ha experimentado en estos veintiún años. De nuevo, tres son los puntos que se abordan: por un lado, la oferta en función de los sectores y sus recursos (a partir de los centros); por otro, de acuerdo a la gestión de los mismos; y, por último, según la titularidad de las plazas.
- c) Tras el análisis provincial a escala comarcal, se plantea otro de mayor detalle centrado precisamente en la oferta que recoge municipalmente cada comarca, de acuerdo al mismo esquema presentado en el estudio provincial. Es decir, para cada una de las dieciséis comarcas de la provincia de Valencia se cartografía municipio por municipio la oferta de todos los

1. La localización espacial y composición municipal de cada una pueden consultarse en la web del Instituto Cartográfico Valenciano (ICV): <http://bit.ly/2dQY7DM>

2. Los Servicios Sociales especializados aquí trabajados se organizan alrededor de los siguientes nueve sectores: riesgo de exclusión social, familia, inmigrantes, mujer, diversidad funcional, atención social a enfermos mentales, recursos judiciales de jóvenes (ACL), menores, y tercera edad.

sectores existentes en las mismas, para a continuación comprobar cómo se gestionan, a través de los centros asociados a los recursos de cada sector, y dónde se localizan las plazas existentes de cada recurso y, por ende, sector, según su titularidad.

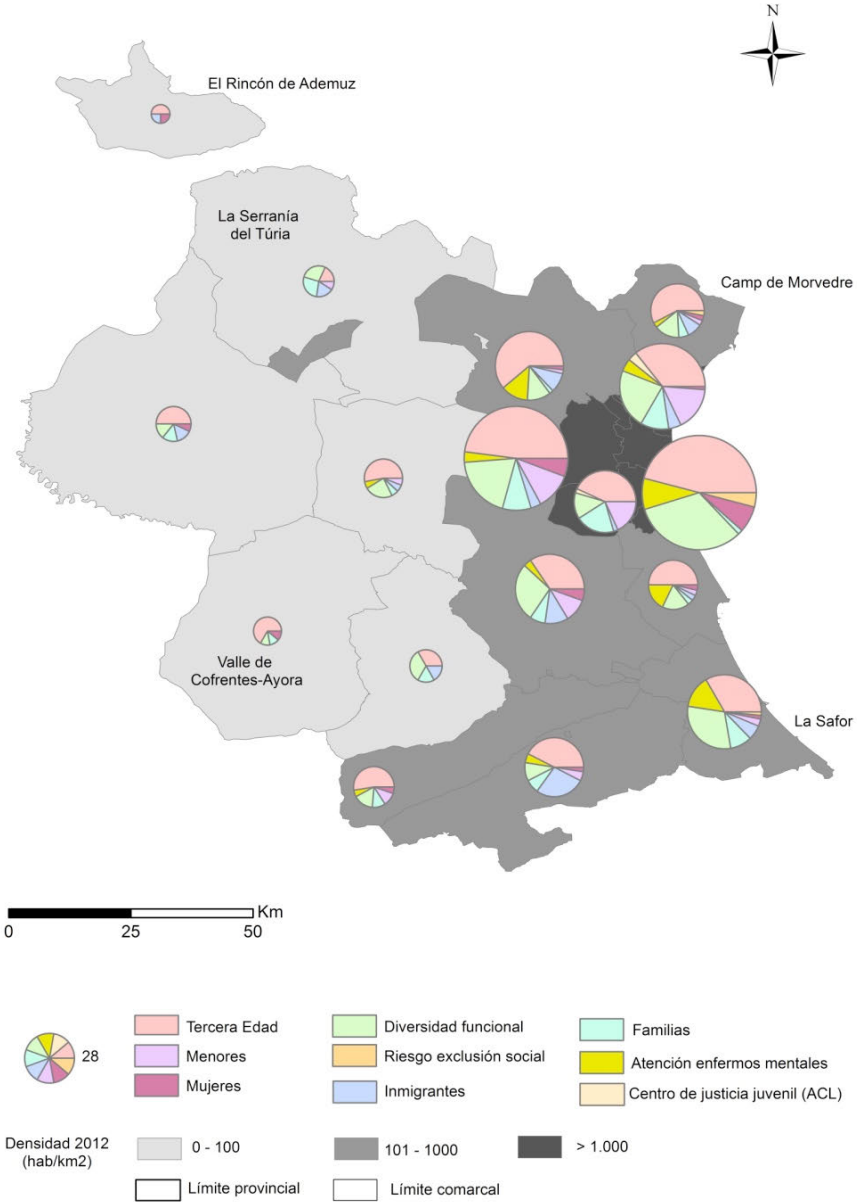
- d) A continuación, a partir de la perspectiva municipal se examina la distribución de los recursos según tipología de espacios geográficos (urbano, intermedio y rural), con el fin de comprobar si todavía se mantienen las tradicionales diferencias en la atención social de la población residente en el campo y aquella otra instalada en las ciudades. Para ello, las referencias a la accesibilidad potencial y al sistema de poblamiento municipal resultan fundamentales.
- e) Por último, el capítulo finaliza con unas breves reflexiones finales sobre la capacidad de autosuficiencia de los territorios analizados para atender a su propia demanda y evitar así, o al menos minimizar, los desplazamientos y desarraigos de esta.

2. La red especializada de Servicios Sociales en la provincia de Valencia en 2013

Para conocer la distribución en el espacio valenciano de los diferentes sectores de los Servicios Sociales especializados podemos observar el Mapa 1, a través del cual apreciamos el peso de cada sector en todas y cada una de las comarcas de la provincia de Valencia. A grandes rasgos, podemos extraer que la distribución de los Servicios Sociales analizados está en clara relación con la población, en este caso representada según su densidad por kilómetro cuadrado; así a mayor densidad demográfica, mayor es también la variedad de sectores, su diversidad interna y su tamaño. Es decir, el tipo de recursos que materializan la presencia de dicho sector en el espacio, y la presencia de centros para cada uno de tales recursos.

En cuanto a la distribución espacial por sectores que recoge cada comarca, destaca la presencia predominante del sector de tercera edad en todas ellas. De hecho, el 45 % de todos los centros de la provincia de Valencia pertenecen a este sector, de manera que en siete comarcas este sector supera la mitad de la oferta total (el Rincón de Ademuz, el Camp de Turia, el Camp de Morvedre, la Hoya de Buñol, el Valle de Confrentes-Ayora, la Costera y la Vall d'Albaida). El segundo sector con más centros es el de diversidad funcional, que ocupa un 22 % de la oferta total de la red provincial de Servicios Sociales especializados, con presencia en todas las comarcas salvo en la del Rincón de Ademuz.

Mapa 1: Distribución comarcal de los sectores de atención social especializada en la provincia de Valencia, según tipo y número de centros por recurso (2013)



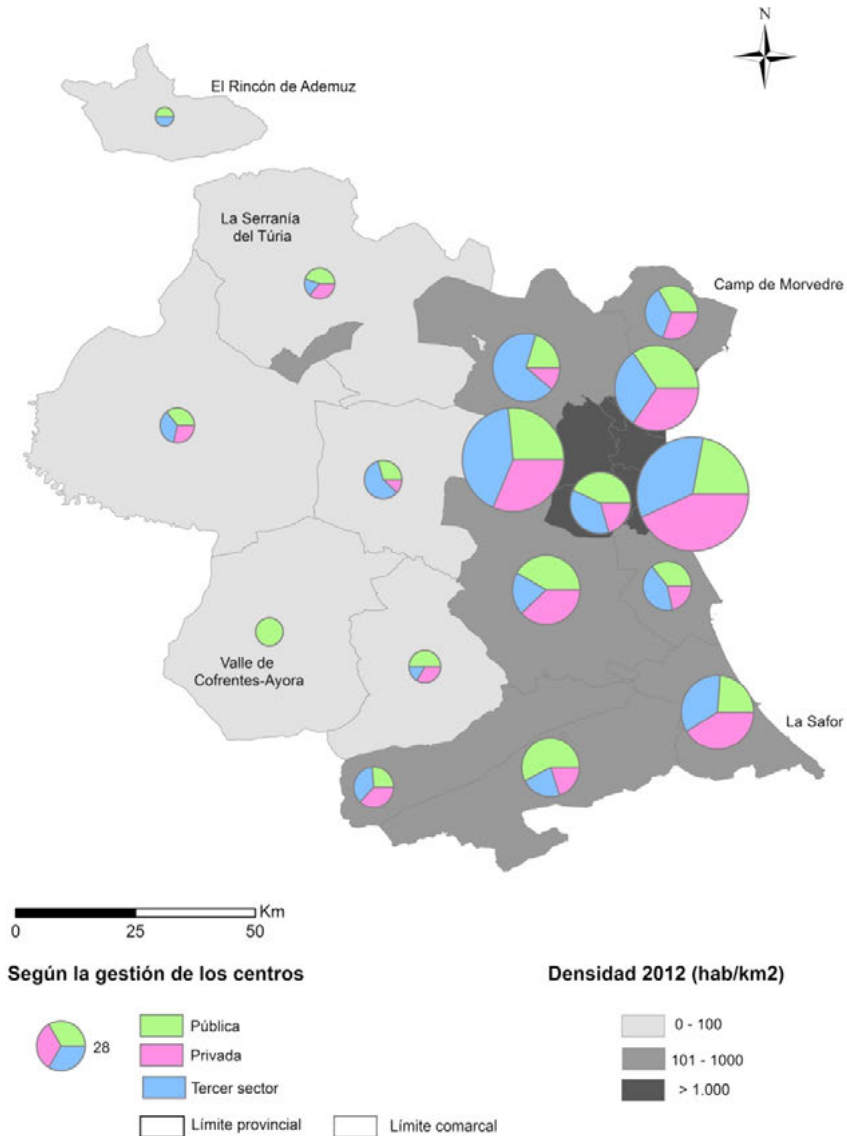
Fuente: El sistema de serveis socials davant la crisi econòmica (2014)

Por su parte, los sectores de atención a enfermos mentales, familias, inmigrantes y mujeres se encuentran representados con porcentajes que oscilan entre el cinco y el diez por cien del total de los centros especializados. Esta menor presencia en el conjunto provincial supone lógicamente que no todas las comarcas cuenten con su oferta, de modo que entre cuatro y cinco (no todas de ámbito rural) carecen de alguno de los recursos relativos a estos cuatro sectores. Por último, los sectores de justicia juvenil (ACL) y de atención a la población en riesgo de exclusión social solo suponen el 1 % de todos los recursos provinciales. Como resultado, su presencia espacial está muy limitada, encontrándose así únicamente en las comarcas de l'Horta Oest y l'Horta Nord.

En cuanto al tipo predominante de gestión, un rápido examen superficial de la situación provincial puede hacernos pensar que la situación es bastante equitativa entre la iniciativa pública, la privada y la resultante de la iniciativa social o Tercer Sector, debido a la dificultad de diferenciar un patrón espacial claro (Mapa 2). Sin embargo, un examen detallado nos muestra una situación comarcal mucho más diversa. Así, por ejemplo, en muchas comarcas con un importante peso del espacio rural la gestión pública de los servicios especializados suele hacerse cargo de al menos el 50 % de los centros (el Rincón de Ademuz, la Canal de Navarrés y la Vall d'Albaida), llegando incluso a ser del 100% en un caso concreto (Valle Cofrentes-Ayora). Aunque igualmente cierto es que otras con similares características de ruralidad presentan esquemas en donde la iniciativa privada se hace cargo de más del 50 % de los centros (Camp de Turia y Hoya de Buñol).

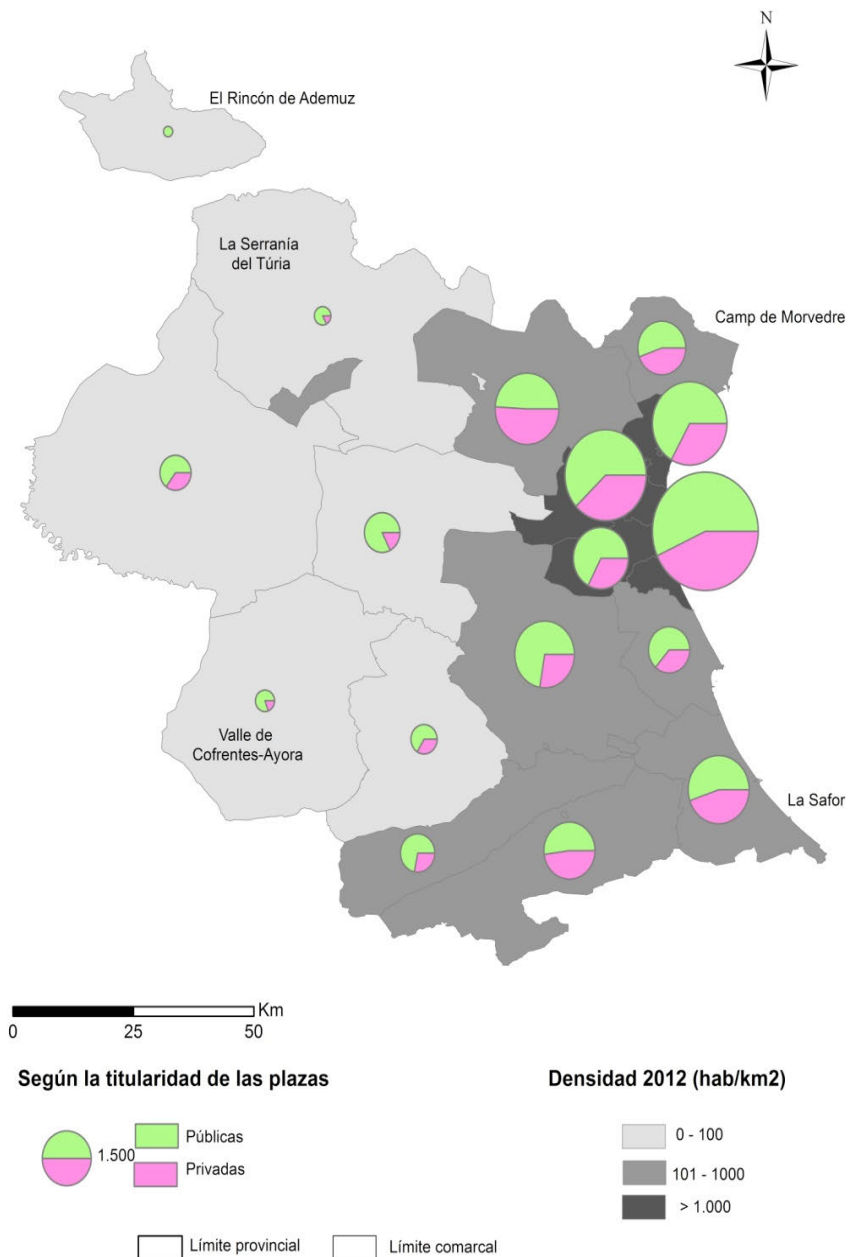
Por su parte, en las comarcas con mayor peso del espacio urbano el rasgo probablemente más singular es el predominio del papel que juega el Tercer Sector en la gestión de los equipamientos y servicios ofertados por la atención especializada. Y aunque este no es exclusivo de los espacios metropolitano y litoral, ya que su presencia también alcanza porcentajes representativos en comarcas del interior (como en la Ribera Alta y la Costera), sí que es cierto que las pocas veces que la presencia de la iniciativa social es nula, se trata siempre de comarcas con marcado carácter rural (el Rincón de Ademuz y el Valle Cofrentes-Ayora).

Mapa 2: Distribución comarcal del número de centros de Servicios Sociales especializados según tipo de gestión en la provincia de Valencia (2013)



Fuente: El sistema de serveis socials davant la crisi econòmica (2014)

Mapa 3: Distribución comarcal del número y tipo de plazas de Servicios Sociales especializados según su titularidad en la provincia de Valencia (2013)



Fuente: El sistema de serveis socials davant la crisi econòmica (2014)

Por último, el análisis de la distribución de las plazas existentes en los Servicios Sociales especializados de la provincia de Valencia, confirma de nuevo la estrecha relación entre densidad demográfica y oferta (Mapa 3). Así, nuevamente son las comarcas más densamente pobladas y próximas al litoral aquellas que cuentan con una mayor cantidad de plazas ofertadas. Lógico si tenemos en cuenta que en ellas es donde la población se ha concentrado desde la década de los años 60 y 70 del siglo pasado, como resultado de un mayor dinamismo económico y laboral (Burriel y Salom, 2001). El Camp de Turia constituye la única comarca que, además, rompe el predominio provincial de la titularidad en manos de la oferta pública. En otras palabras, las plazas públicas son claramente más abundantes que las controladas por la propiedad privada en el conjunto de los Servicios Sociales especializados. De hecho, en algunos casos la presencia pública es tan marcada que llega a suponer el 100 % de la oferta comarcal (caso del Rincón de Ademuz). Obviamente, esta situación contrasta con el otro aspecto que igualmente caracteriza a la titularidad de las plazas ofertadas: la ausencia absoluta de la iniciativa social. No hay ni una sola comarca en la que el Tercer Sector sea propietario de plaza alguna. Este resultado, no obstante, no es de extrañar si tenemos en cuenta que la iniciativa social se ha abierto camino en los últimos años únicamente como vía alternativa en la gestión de los servicios y equipamientos, obviando cualquier interés por la adquisición de plazas o centro alguno.

En todo caso, y pese a que la situación descrita hasta ahora evidencia ciertas debilidades en la cobertura territorial, no se puede negar que la atención especializada de la red de Servicios Sociales ha mejorado y madurado desde una perspectiva temporal. Un sencillo análisis comparativo con el punto de partida del mismo, en 1991, nos permite concretar espacialmente los cambios acontecidos.

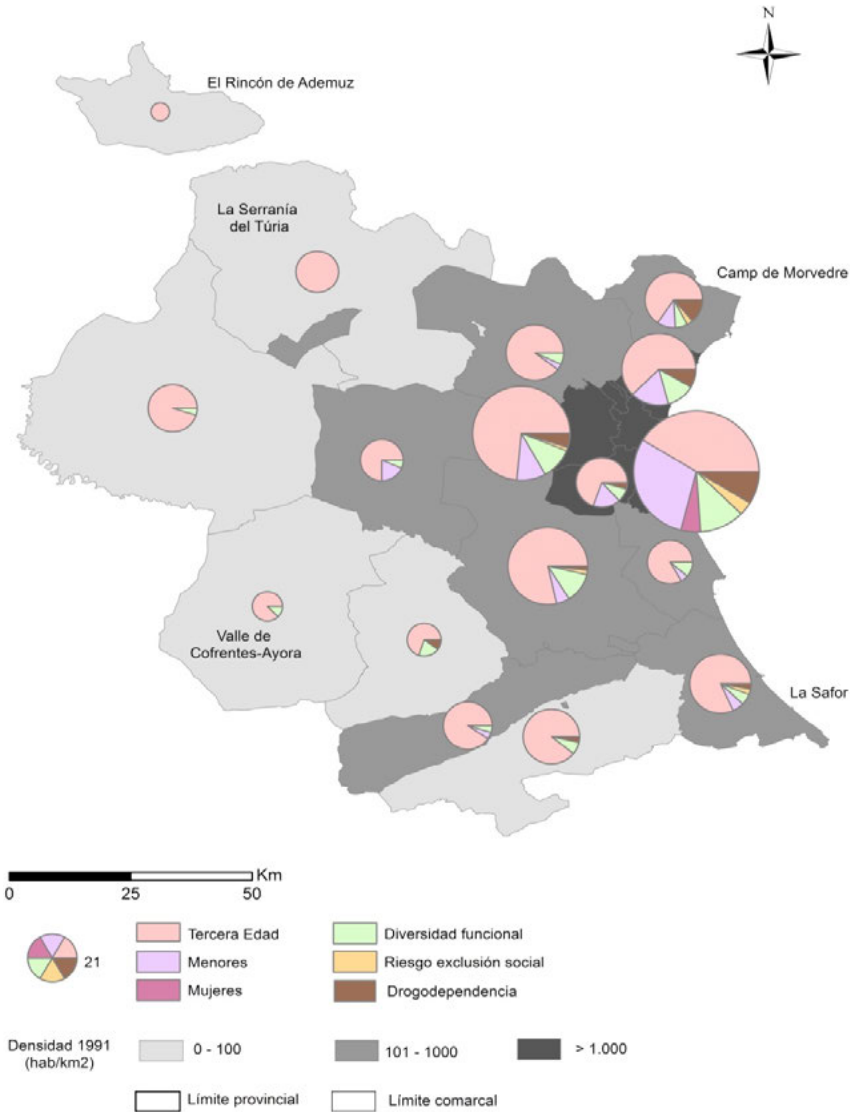
3. La red especializada de Servicios Sociales en la provincia de Valencia en perspectiva: 1991-2013

Tanto la mapificación de los Servicios Sociales especializados de 1991 como la que hemos realizado para 2013 son herederas de una historia compleja en donde se interrelacionan, por un lado, los cambios económicos con los de carácter social y cultural, y por otro, las responsabilidades de las administraciones públicas con las de las entidades privadas y, cada vez más, las iniciativas sociales. Por suerte, con el paso de los años el ejercicio de la planificación y ordenación tanto sectorial como territorial ha ganado peso a las acciones espontáneas y oportunistas, de modo que el sistema ha ido alcanzando un mejor grado de adecuación entre la oferta y la demanda. No obstante, la propia evolución social y demográfica de la población, entre otras cuestiones, conlleva a que el sistema nunca termine de responder plenamente a las necesidades (ya sea en tipología o cantidad de oferta disponible). Con todo, la evolución que evidencia el mapa de Servicios Sociales especializados en la provincia de Valencia durante los últimos veintiún años, no es negativa. Lógicamente, el desarrollo económico que ha caracterizado a dicha

región en los veinte años que van desde 1990 a 2010 explica en buena parte esta evolución, así como también, un mayor interés y preocupación por parte de las administraciones responsables de los Servicios Sociales especializados por la mejora de la calidad de vida de la población que hace uso de los mismos. Sin olvidar tampoco que la propia evolución demográfica (tanto en su componente natural como migratoria) ha podido mejorar o empeorar, según los espacios rurales y urbanos que analicemos, la situación de partida y, por consiguiente, incrementar o reducir la presión sobre la red existente hasta hacerla, o no, sostenible.

En todo caso, si observamos el Mapa 4 relativo a la distribución comarcal en 1991 de los sectores de atención social especializada según tipo y número de centros por recurso, lo primero que llama la atención es la fuerte presencia (y casi única en algunas comarcas) del sector de la tercera edad. De hecho, su predominio es tal que en trece de las dieciséis comarcas que forman la provincia de Valencia, llega a suponer más de las tres cuartas partes de los centros existentes. Esta fuerte presencia se hace además más fuerte cuanto mayor carácter rural tiene la comarca en cuestión, llegando a monopolizar la totalidad de los centros en algunas de las que podríamos caracterizar como plenamente rurales en 1991 (el Rincón de Ademuz y la Serranía del Turia). A continuación, en porcentajes más variados, pero en todo caso considerablemente más reducido que los registrados por el sector de tercera edad, son los sectores relativos a la diversidad funcional y a la atención de menores, los que consigan mayor representación espacial. De nuevo, son las comarcas con mayor densidad demográfica y más próxima al litoral las que presentan una mayor cantidad y variedad de sectores y, a su vez, de recursos, si bien es la ciudad de Valencia el único espacio en donde aparecen representados todos los sectores.

Mapa 4: Distribución comarcal de los sectores de atención social especializada en la provincia de Valencia, según tipo y número de centros por recurso (1991)



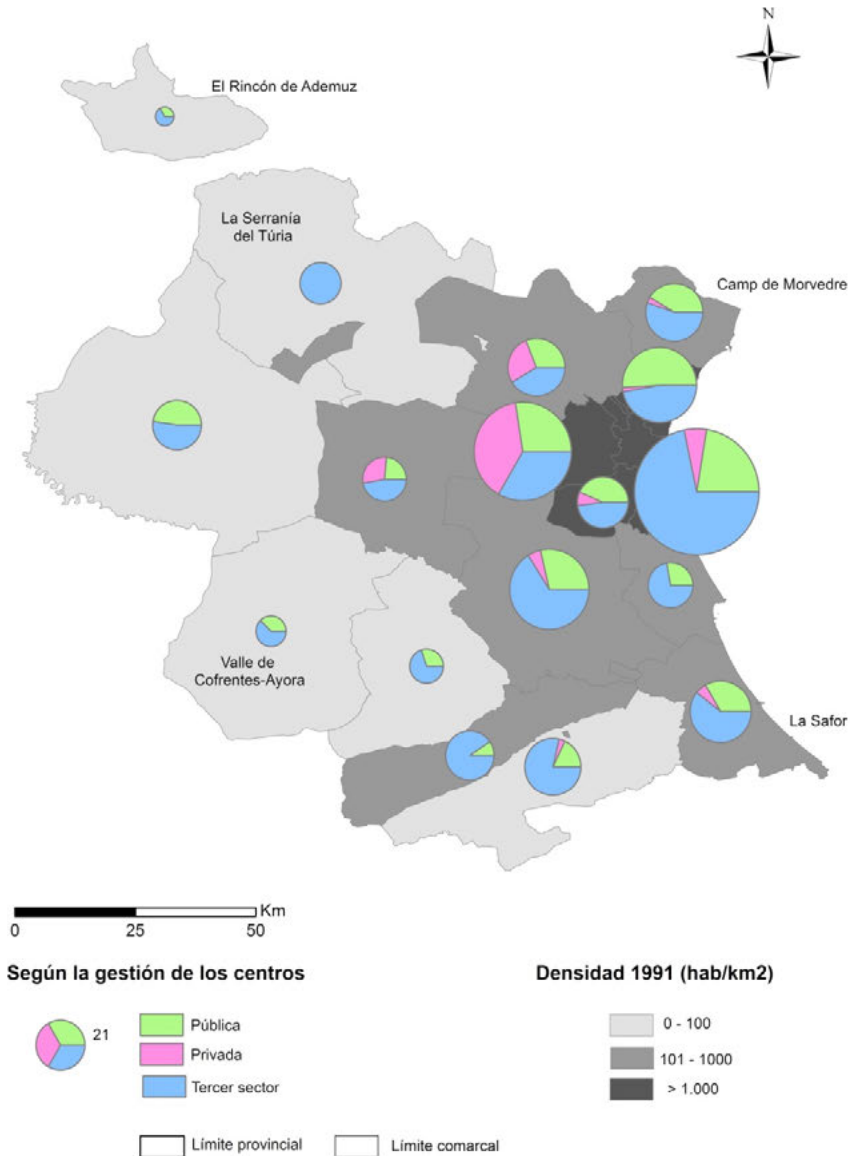
Fuente: El sistema de serveis socials davant la crisi econòmica (2014)

En todo caso, debemos indicar que la comparativa entre la oferta de atención especializada entre 1991 y 2013 no es completamente exacta. Dos son los motivos que determinan este hecho: por un lado, ha aumentado el número de sectores entre

las dos referencias temporales (pasando de seis en 1991 a nueve en 2012), apareciendo así algunos totalmente nuevos como por ejemplo los relativos a la familia y a los inmigrantes, que no solo evidencian la plasmación de importantes cambios en la sociedad valenciana, sino también la adquisición de nuevas sensibilidades y preocupaciones por parte de las administraciones públicas. Y, por otro lado, por cambios en la adscripción de los sectores o, en otras palabras, el enfoque desde el que se trabaja con los usuarios de ciertos servicios, como es el caso de los drogodependientes, en un principio bajo la actuación de la Consejería de Servicios Sociales para, desde hace algunos años, incorporarse a la Consejería de Sanidad (a través de la unidad de conductas adictivas).

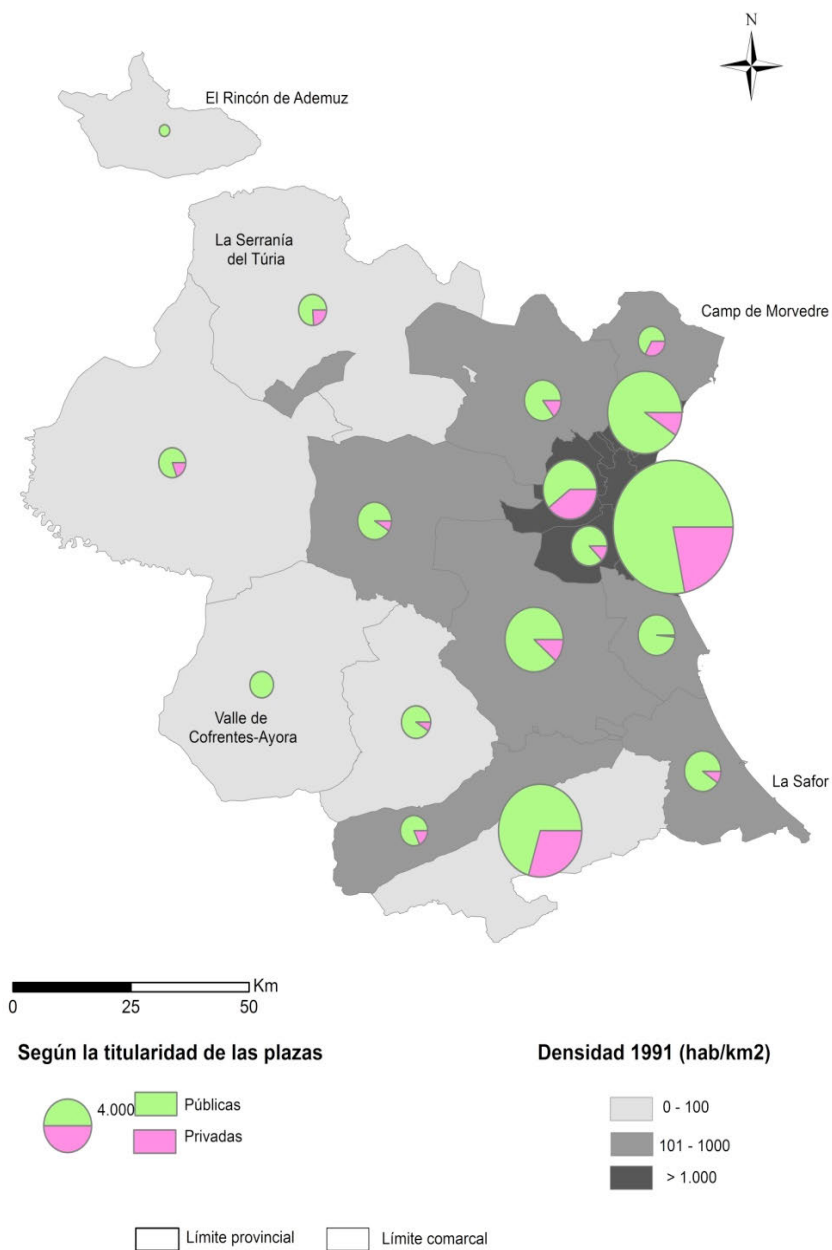
El análisis sobre el tipo de gestión de los centros de atención especializada existente en 1991 (Mapa 5), evidencia también ciertas diferencias significativas con la situación descrita para 2013 (Mapa 2). En concreto, el hecho de que al menos la mitad de los recursos existentes tanto en diversas comarcas (trece en total) como en la ciudad de Valencia, estaba bajo la gestión directa del Tercer Sector. Varias son las causas que pueden explicar este hecho, como por ejemplo, que gran parte de los recursos existentes (sobre todo en zonas de interior) estaban vinculados al sector de la tercera edad, cuyos centros quedaban con frecuencia bajo la acción de asociaciones de jubilados de carácter local (independientemente de que pudieran estar federadas bajo un mismo ente supramunicipal, como el caso de UPD). Junto a este motivo, otro de los más habituales radicaba en la propia juventud del sistema en sí, de modo que la iniciativa privada todavía no habría comenzado su expansión (sobre todo en aquellos sectores más rentables), quedando relegada a aquellos ámbitos en los se contaba especialmente con algún antecedente de carácter religioso o existía algún tipo de ventaja comparativa que convertía en atractivo espacios concretos (caso de l'Horta Oest). Lógicamente, la juventud del sistema contribuiría a explicar del mismo modo la relativa escasa presencia en la actividad gestora de la administración pública. No será hasta el diseño y la constitución de nuevos sectores (y sobre todo su implantación en áreas con escasa demanda, y por tanto de reducida rentabilidad económica) que esta comience a incrementar su papel gestor.

Mapa 5: Distribución comarcal del número de centros de Servicios Sociales especializados según tipo de gestión en la provincia de Valencia (1991)



Fuente: El sistema de serveis socials davant la crisi econòmica (2014)

Mapa 6: Distribución comarcal del número y tipo de plazas de Servicios Sociales especializados según su titularidad en la provincia de Valencia (1991)



Fuente: El sistema de serveis socials davant la crisi econòmica (2014)

Obviamente, la situación descrita en relación al tipo de gestión pública o privada que presentaban los centros de atención especializada en 1991, se traslada a la resultante de examinar la distribución de las plazas según titularidad (Mapa 6). Así, es la de carácter público la que predomina claramente en el conjunto provincial, alcanzado en ciertas comarcas (con frecuencia en las de interior) porcentajes en torno al 75 % de las plazas. De hecho, en sentido contrario, la titularidad privada alcanza su mayor extensión en las zonas próximas al litoral y en comarcas de carácter más urbano, si bien en ningún caso llega a equipararse a la oferta de plazas de propiedad pública.

Esta situación contrasta con la descrita para 2013 en el Mapa 3, en donde si bien la iniciativa privada sigue por debajo de la pública en cuanto a la titularidad de las plazas ofertadas en general para la atención especializada, su presencia no solo se ha incrementado (caso de la Safor, el Camp de Turia, la Plana Utiel-Requena, etc.), sino que también ha alcanzado más espacios, puesto que en 2013 se registran plazas de titularidad privada en comarcas en donde antes no existía dicha iniciativa (Valle de Cofrentes-Ayora). Sin duda, tal y como apuntábamos al hablar del tipo de gestión de los centros para 1991, el paso del tiempo y la madurez alcanzada por el conjunto del sistema de Servicios Sociales especializados ha favorecido que el sector privado alcance una difusión y tamaño mucho mayor, penetrando así en más espacios y sectores de atención. Este ha sido un proceso en el que han intervenido nuevas formas de organización empresarial, pero también en el que se ha contado con el apoyo que de forma directa (conciertos, asunción de costes, etc.) e indirecta (inanición ante el aumento coyuntural de ciertas demandas) le ha ofrecido el sector público.

En todo caso, esta perspectiva temporal y provincial encuentra diversas peculiaridades si descendemos a una escala en la que el límite comarcal impone el ámbito de acción habitual, y son los municipios el territorio de referencia que termina por resaltar la mayor o menor eficacia y sostenibilidad del sistema de atención especializada.

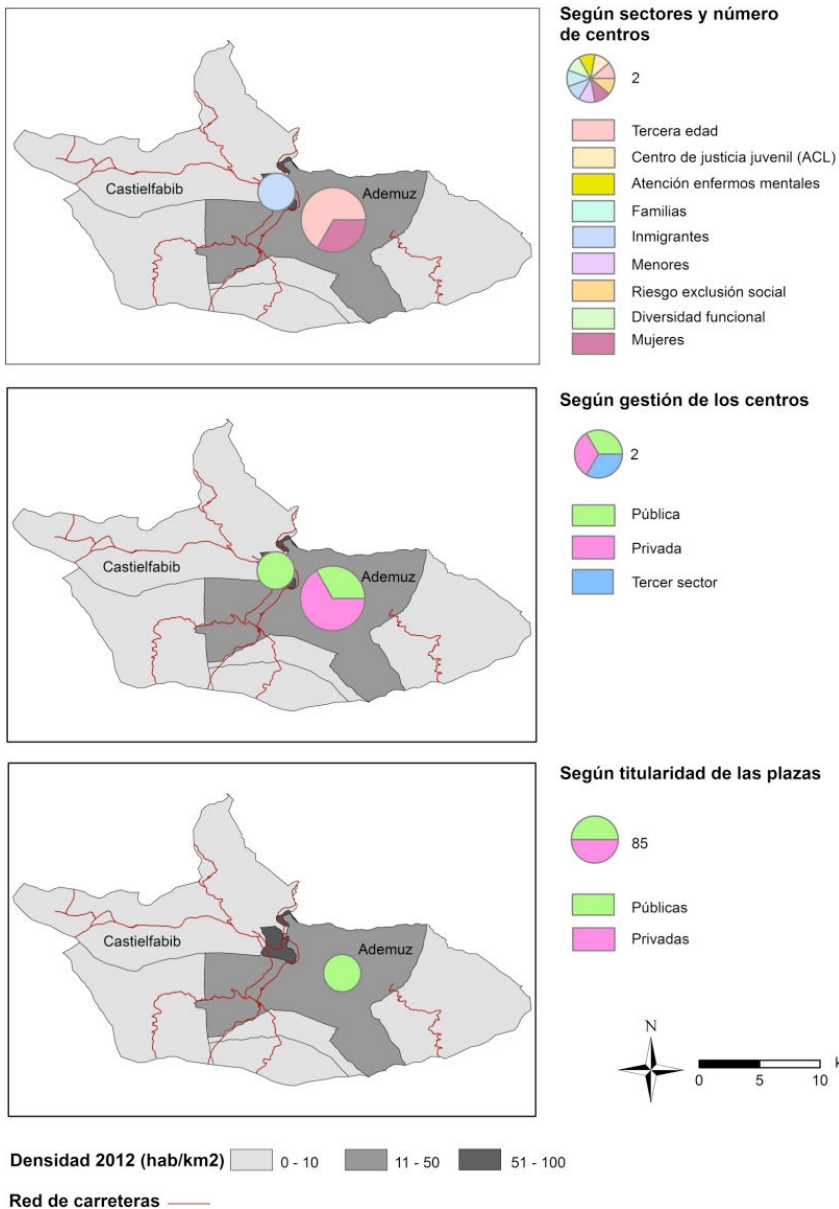
4. La organización de los Servicios Sociales especializados a nivel municipal. Análisis por comarcas

El análisis que planteamos a continuación de la organización de los Servicios Sociales especializados, tiene como ámbito espacial la comarca y como protagonista el municipio. Es decir, en las siguientes páginas examinaremos la mayor o menor cobertura espacial que alcanza la atención especializada en cada una de las dieciséis comarcas valencianas, a partir de la oferta que se materializa a nivel municipal. El estudio proseguirá el mismo esquema que el planteado hasta el momento, comenzando por la oferta disponible según sectores y recursos, para pasar a describir la situación en cuanto a la gestión y a la titularidad de los mismos.

En la comarca del Rincón de Ademuz los únicos municipios con atención especializada son Ademuz (precisamente el más poblado y a la vez, cabera comarcal) y

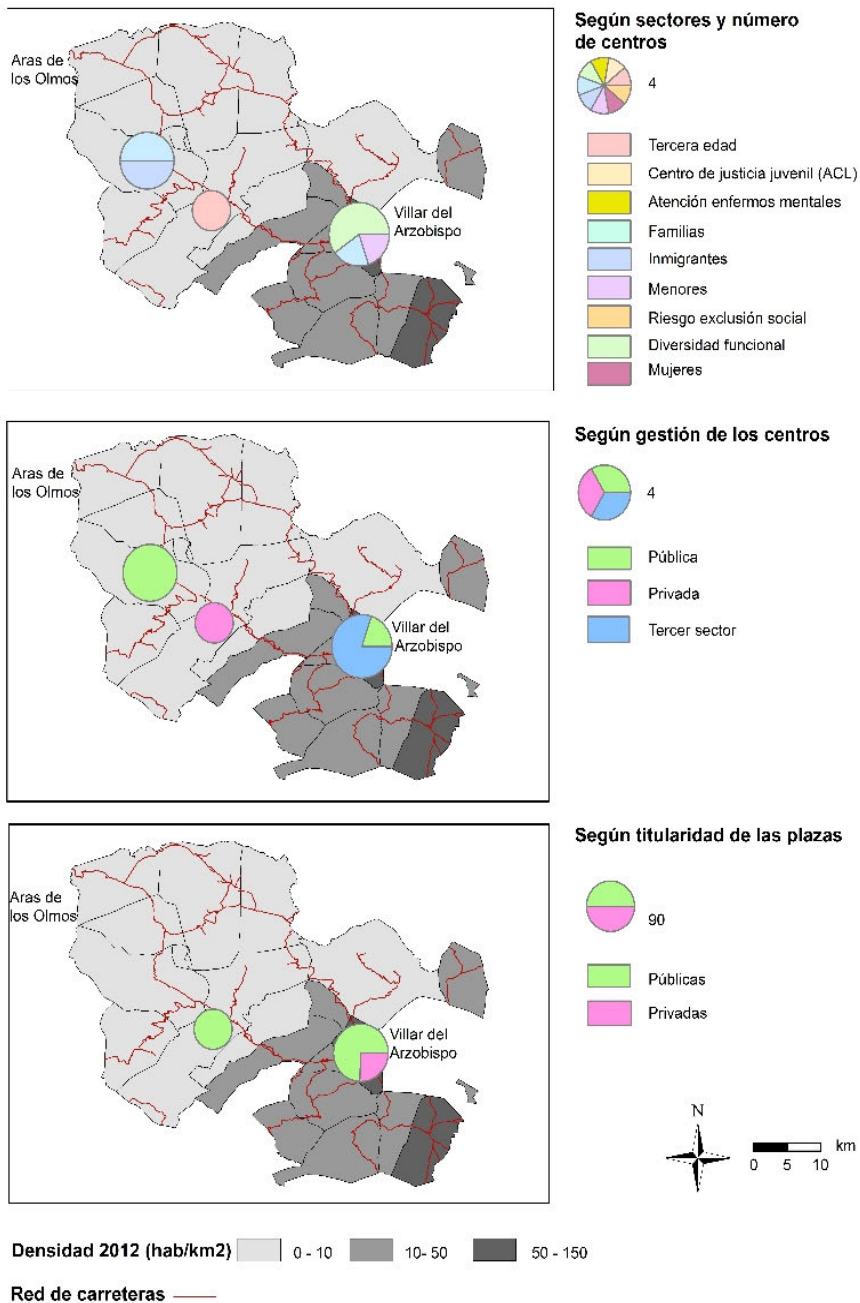
Torre Baja. En su conjunto, solo encontramos tres sectores: tercera edad, mujeres e inmigrantes. De ellos, destaca particularmente el primero al organizarse a partir de un mayor número de centros (y, por tanto, recursos). En cuanto al tipo de gestión, es la de carácter privado la que alcanza mayor presencia en la zona gracias a la existencia de una residencia de ancianos en Ademuz, que pese a ser de titularidad pública, queda en manos de la iniciativa privada. Sin duda, un buen ejemplo de dos fenómenos opuestos (por el tipo de protagonistas) pero complementarios: por un lado, la priorización que el ámbito público hace de otro tipo de labores como la ordenación del sector, y que le alejan del objeto básico de la atención social, la población local usuaria, contribuyendo de este modo a consolidar la idea de retirada del Estado de Bienestar. Y por otro, la evidencia de que la iniciativa privada se centra básicamente en aquellos sectores y servicios capaces de generar beneficio, gracias al coste asociado que conlleva el acceso y disfrute de plazas en régimen residencial (como es el caso), obviando aquellos otros que aun igualmente presentes, no disponen de características similares (y se dedican únicamente al asesoramiento y/o atención diurna) (Mapa 7).

Mapa 7: Los Servicios Sociales especializados en El Rincón de Ademuz



Fuente: El sistema de serveis socials davant la crisi econòmica (2014)

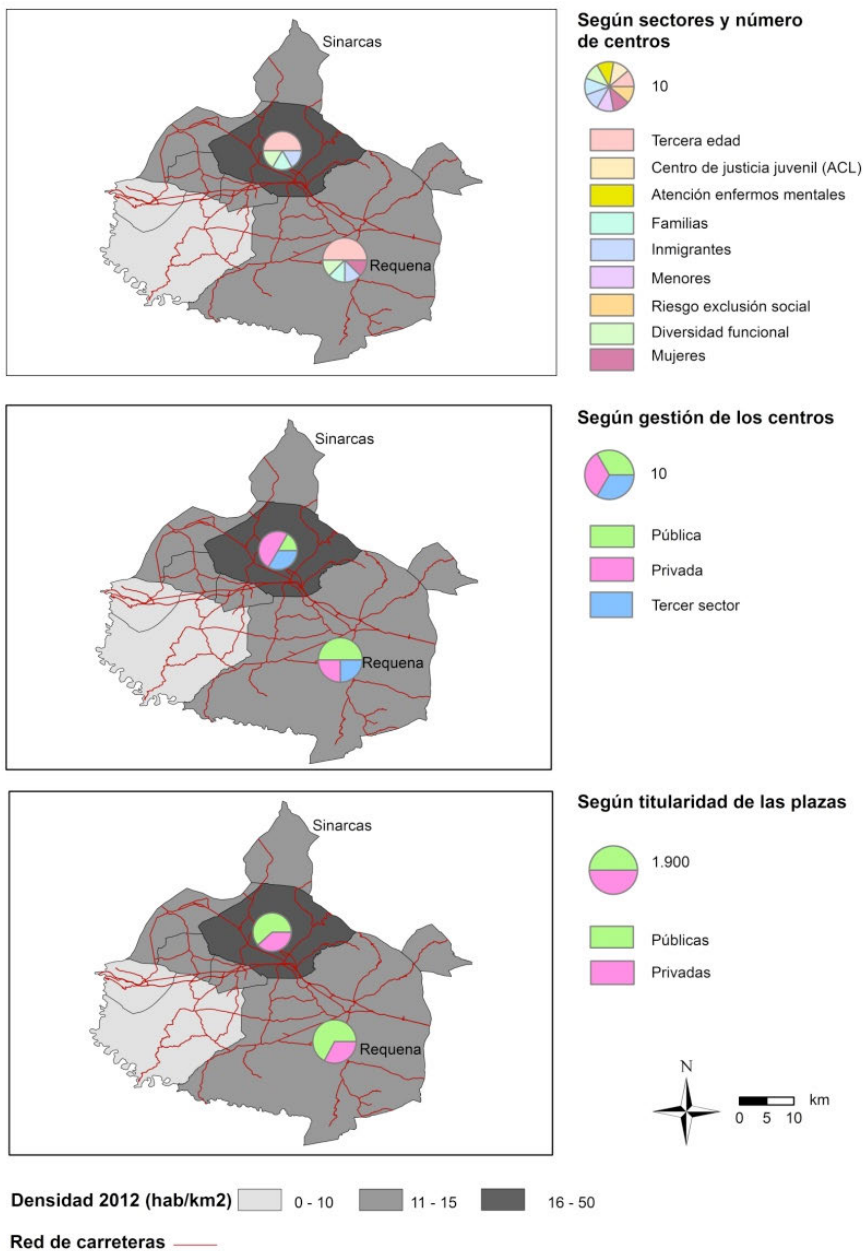
Mapa 8: Los Servicios Sociales especializados en la Serranía del Turia



Fuente: El sistema de serveis socials davant la crisi econòmica (2014)

Por su parte, el Mapa 8 refleja la situación de la organización de la atención social especializada en la comarca de la Serranía del Turia. En ella, el municipio de Villar del Arzobispo (de nuevo, el más poblado y a su vez, cabecera comarcal) es el que concentra el mayor número de recursos, con especialidades en ámbitos tales como la diversidad funcional, los inmigrantes y los menores. Sin embargo, dicha atención se complementa con la oferta existente en los municipios de Chelva y Tuéjar (en la parte más occidental de la comarca), a través de los recursos asociados a los sectores de la atención a familias y a la tercera edad. En cuanto a la gestión de los centros, destaca en su conjunto la amplia presencia que alcanza la iniciativa social o también llamado Tercer Sector, sobre todo en aquellos equipamientos localizados en el municipio de Villar del Arzobispo. Mientras en Chelva encontramos el mismo esquema de gestión-titularidad que está presente en la comarca del Rincón de Ademuz. Por su parte, en la medida que Tuéjar solo ofrece servicios de atención especializada dirigidos a la atención, información y asesoramiento, queda fuera del mapa relativo a la titularidad de las plazas. Luego, los servicios ofertados en Tuéjar están gestionados directamente por la iniciativa pública.

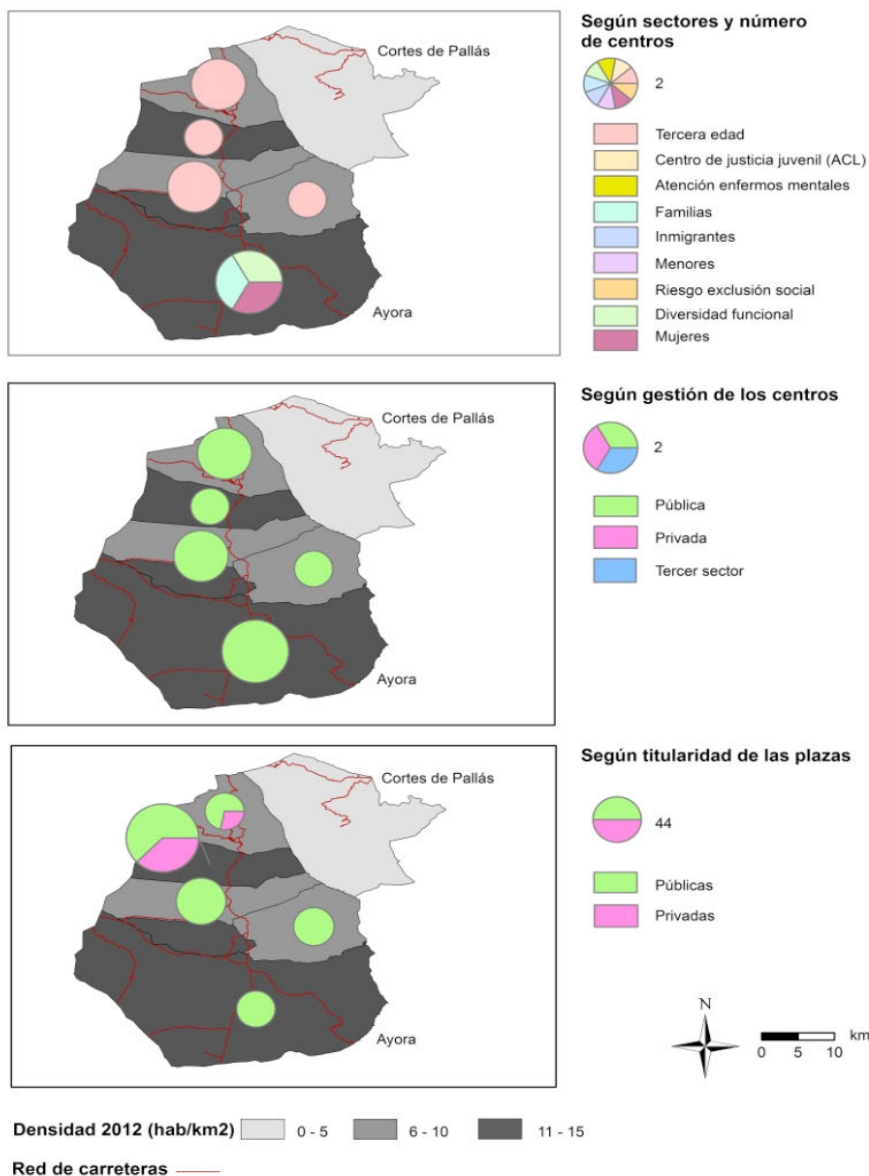
Mapa 9: Los Servicios Sociales especializados en la Plana Utiel-Requena



Fuente: El sistema de serveis socials davant la crisi econòmica (2014)

La Plana de Utiel-Requena, una de las comarcas con mayor superficie de la provincia de Valencia, concentra su oferta en los municipios de Requena y Utiel, de nuevo los más poblados de toda la comarca en cuestión. Uno y otro son así los emplazamientos en donde acudir para recibir atención especializada relativa a la tercera edad, a la familia, en cuanto a inmigración, diversidad funcional y en relación a la mujer (Mapa 9). A pesar de encontrar, por tanto, una oferta más variada que en otras comarcas, el 50 % de los recursos en ambos municipios se aglutinan alrededor del sector de la tercera edad. En cuanto a la gestión de los centros en Requena es predominante la gestión pública, mientras que en Utiel tiene una mayor presencia la gestión privada, aunque en ambos la titularidad de las plazas es mayoritariamente pública. De nuevo el esquema apuntado en las comarcas del Rincón de Ademuz y de la Serranía del Turia se repite, siendo además todas estas comarcas espacios con alto grado de ruralidad.

Mapa 10: Los Servicios Sociales especializados en el Valle Cofrentes-Ayora



Fuente: El sistema de serveis socials davant la crisi econòmica (2014)

Frente a la situación hasta ahora descrita de concentración espacial, la comarca del Valle de Cofrentes-Ayora tiene distribuidos sus recursos de atención

especializada en torno a cinco de sus seis municipios; sin embargo, cuatro de estos cinco albergan recursos únicamente ligados a la tercera edad (Mapa 10). Esta comarca sería pues un claro ejemplo de «monocultivo» en la atención especializada, dirigida pues al público no solo más presente en el área (estamos ante una de las comarcas de la provincia de Valencia más envejecidas), sino con mayor capacidad económica (pues pese a los recortes, se trata del único colectivo en posible riesgo de exclusión social que se beneficia de una ayuda pública constante, la jubilación) (Figura 1). En cuanto a la organización intracomarcal, de nuevo es el municipio demográficamente más poblado el que concentra la mayor (y más variada) oferta de recursos, de modo que en Ayora se puede encontrar servicios dirigidos a la mujer, a las familias y a la atención de la diversidad funcional. Todos estos servicios se realizan mediante la gestión pública de los centros, aunque en dos de ellos (relacionados con la tercera edad) se ofrecen igualmente plazas privadas.

Figura 1. Futuro rural: ¿almacén de «residuos» (nucleares y/o demográficos)?

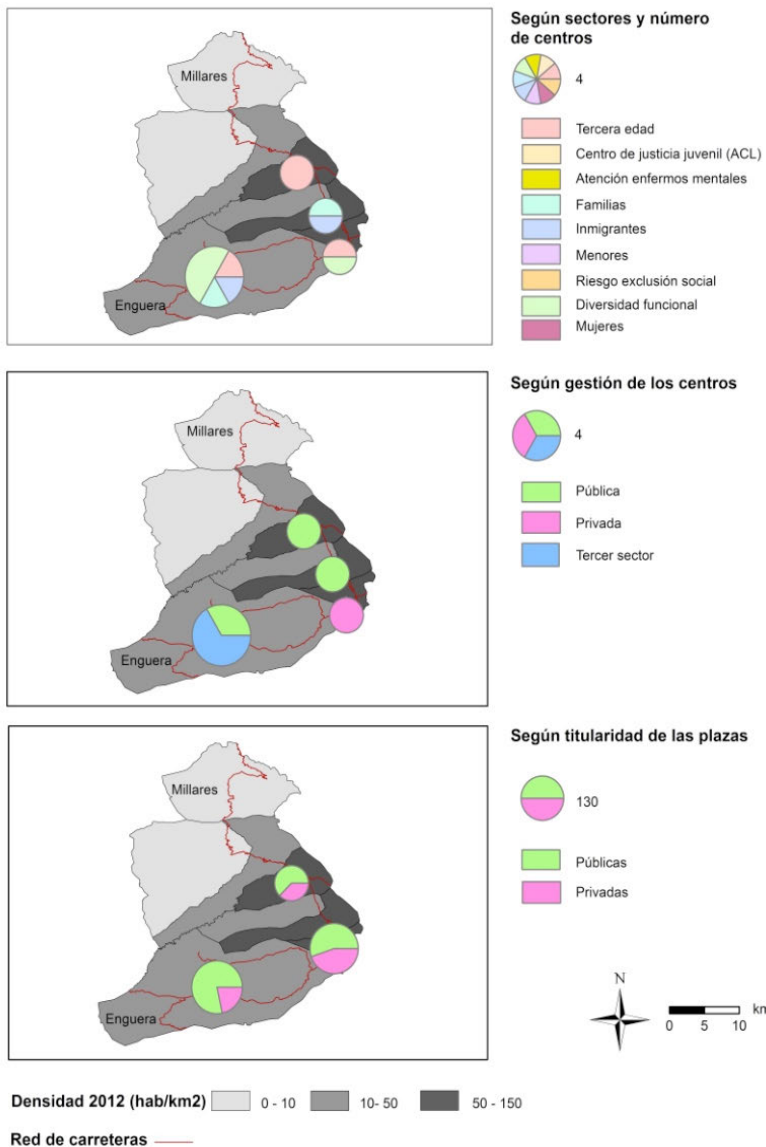


Fuente: «El Roto». Diario El País, 2 de febrero de 2010.

El Mapa 11 nos muestra la organización de los Servicios Sociales especializado en la comarca de La Canal de Navarrés. En ella, el municipio de Enguera es el que más sectores de atención social recogen, seguido de Navarrés, Chella y Anna. Sin duda, la orografía de esta comarca contribuye en buena medida a la localización de toda la oferta en la parte oriental de la misma, debido a la buena accesibilidad que presentan los municipios señalados. Aunque la variable demográfica sigue explicando mayoritariamente la localización de la mayor parte de los recursos en la localidad de Enguera, de nuevo, la más poblada. En todo caso, la oferta comarcal se estructura alrededor de los servicios de tercera edad, familias, inmigrantes y diversidad funcional. En cuanto a la gestión de los centros, Navarrés

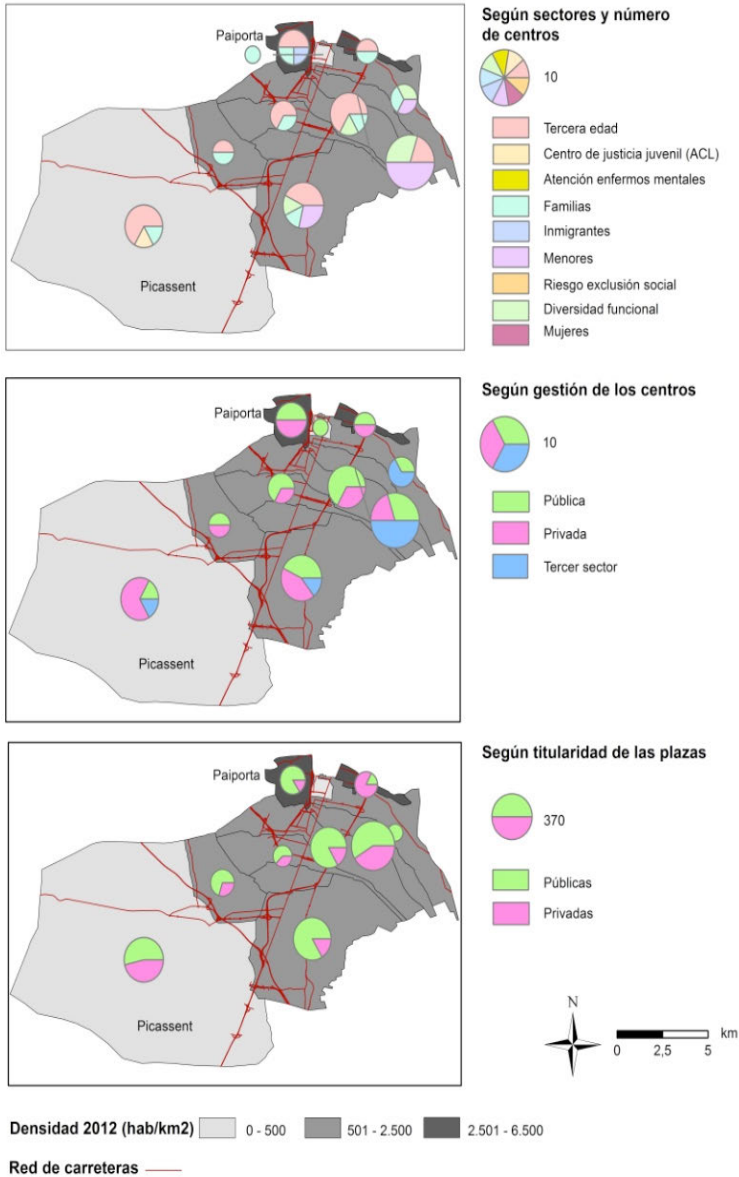
y Chella quedan en manos de la iniciativa pública, mientras que en Anna es el ámbito privado el gestor de los recursos, pero con plazas tanto públicas como privadas. Por su parte, en Enguera el tercer sector es el predominante, sin presencia alguna de la gestión privada.

Mapa 11: Los Servicios Sociales especializados en la Canal de Navarrés



Fuente: El sistema de serveis socials davant la crisi econòmica (2014)

Mapa 12: Los Servicios Sociales especializados en l’Horta Sud

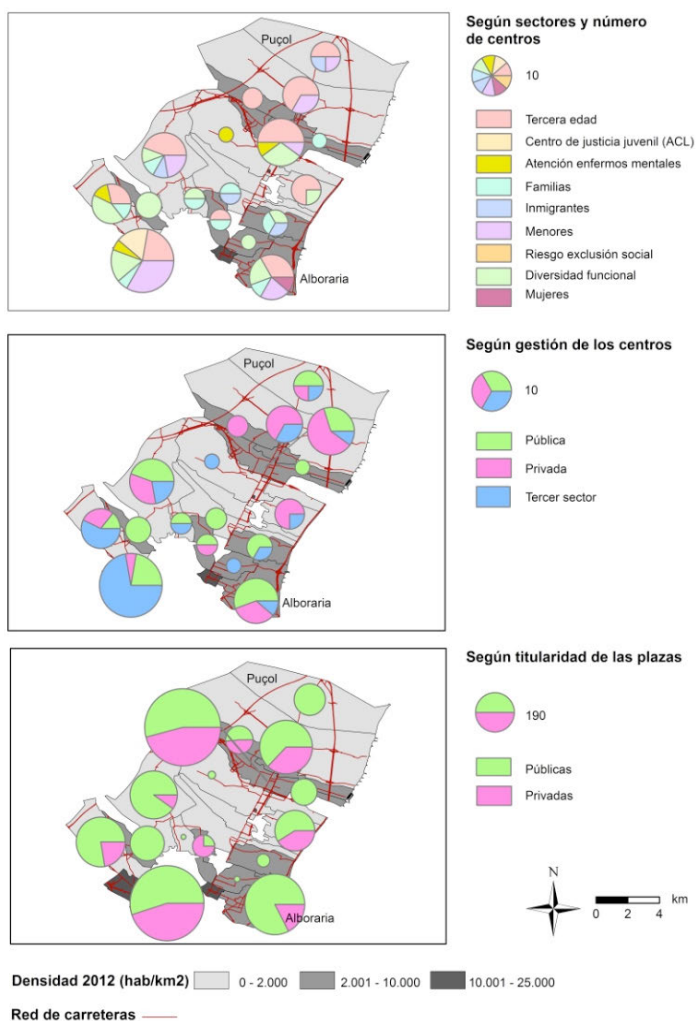


Fuente: El sistema de serveis socials davant la crisi econòmica (2014)

En l’Horta Sud encontramos solo cinco de los nueve sectores especializados dispersos por todos los municipios de la comarca, lo cual evidencia también la menor concentración demográfica y que, por tanto, nos hemos desplazado hacia

un ámbito espacial de características más urbano-metropolitano. Si observamos la paleta de colores, el sector de tercera edad mantiene su predominio al igual que en las comarcas analizadas con anterioridad, puesto que se presenta en cinco de los diez municipios existente (Mapa 12). En Alfafar prevalece la gestión del tercer sector, al igual que en Massanasa, pero en el resto de municipios esta modalidad tiene poca relevancia. El resto de centros están repartidos entre la gestión privada y la pública, si bien con distintos porcentajes una y otra, con un mayor número de plazas de titularidad pública en general.

Mapa 13: Los Servicios Sociales especializados en l’Horta Nord

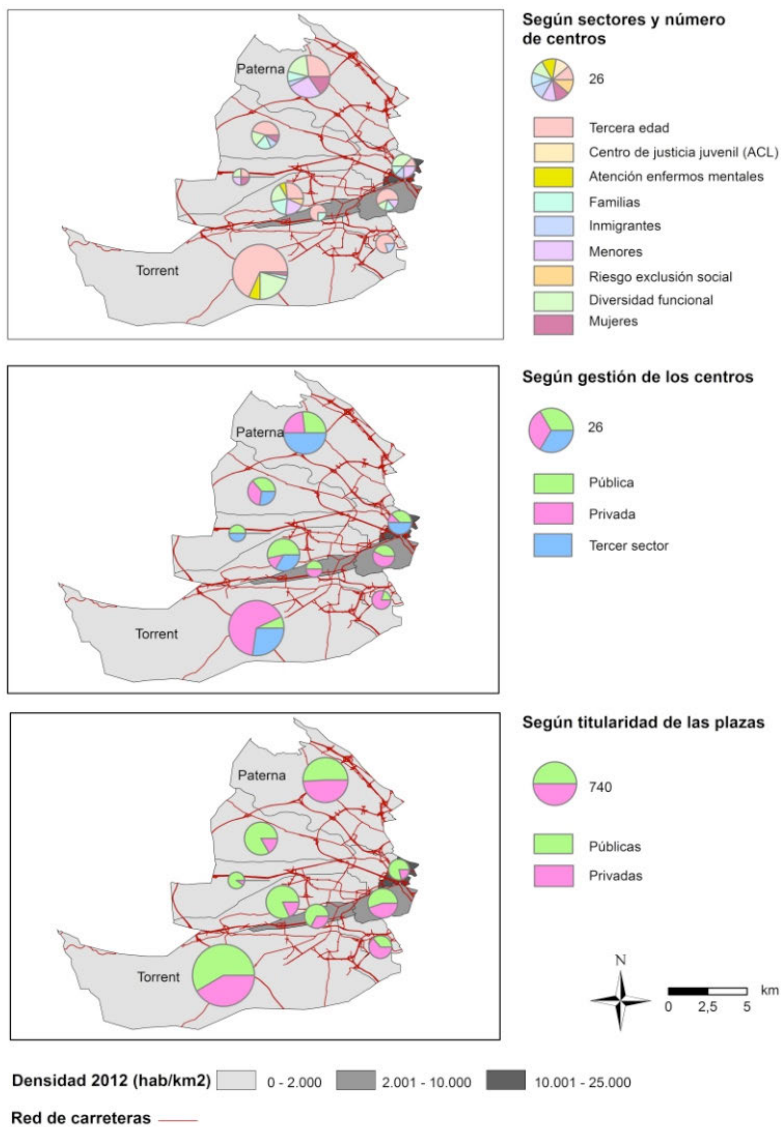


Fuente: El sistema de serveis socials davant la crisi econòmica (2014)

En l’Horta Nord los recursos están distribuidos en diez municipios, concentrándose estos en Burjassot, Alboraria y Massamagrell (Mapa 13). Se trata de una comarca en la que destaca el alto número de centros gestionados por el sector público (especialmente en Burjassot y en Rocafort), mientras que en Rafelbunyol, El Puig o Massalfassar predomina la gestión privada. En referencia a la titularidad de las plazas destaca la titularidad pública en la mayoría de municipios, a excepción de Vinalesa, dónde el 75% de las plazas son privadas. Al igual que el caso anterior y el inmediatamente posterior, toda el área de l’Horta constituye un espacio metropolitano muy dependiente de la oferta de la ciudad de Valencia, no solo en cuestión de Servicios Sociales especializados, sino también en otro tipo de cuestiones, como por ejemplo la accesibilidad que ofrece la red de transportes pública y las infraestructuras de comunicación. Como resultado, resulta complicado extraer pauta territorial alguna en la localización de los recursos, ya sea por la cantidad de los centros especializados presentes en ella, su gestión y la titularidad de las plazas.

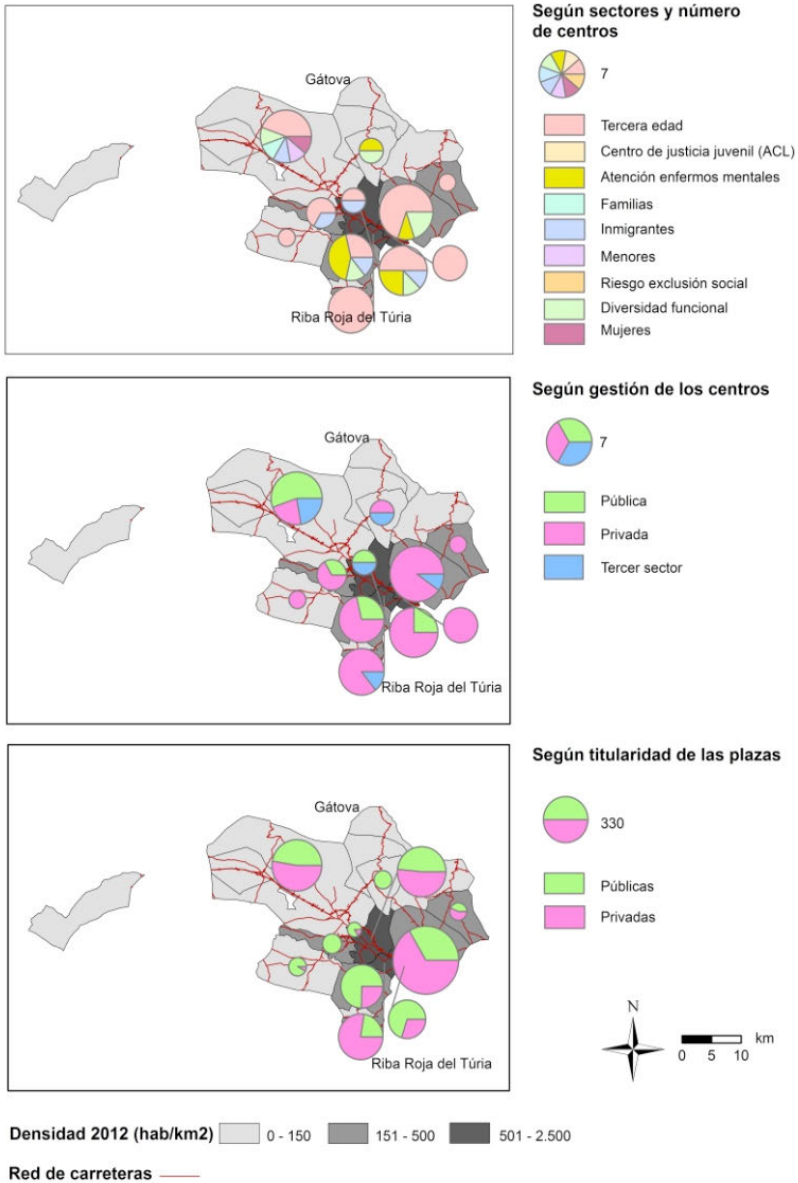
En l’Horta Oest todos los municipios poseen algún tipo de recurso, de manera que en ella se abarcan todos los sectores especializados de atención social, salvo el de justicia juvenil (ACL). Sin embargo, este hecho no impide que exista cierta concentración espacial, puesto que la mayoría de los recursos se localizan en los municipios de Paterna, Torrent, Mislata y Aldaia (Mapa 14). Si observamos los recursos según la gestión de los centros, es la iniciativa privada la que alcanza una mayor presencia (más del 50 % de los centros) en cuatro de los nueve municipios que forman la comarca, mientras que la gestión pública tan solo está presente en tres localidades. Por su parte, el tercer sector tiene en esta comarca una de las áreas en donde su presencia está más extendida. En cuanto a la titularidad de las plazas, la propiedad pública es la más abundante.

Mapa 14: Los Servicios Sociales especializados en l'Horta Oest



Fuente: El sistema de serveis socials davant la crisi econòmica (2014)

Mapa 15: Los Servicios Sociales especializados en el Camp del Turia



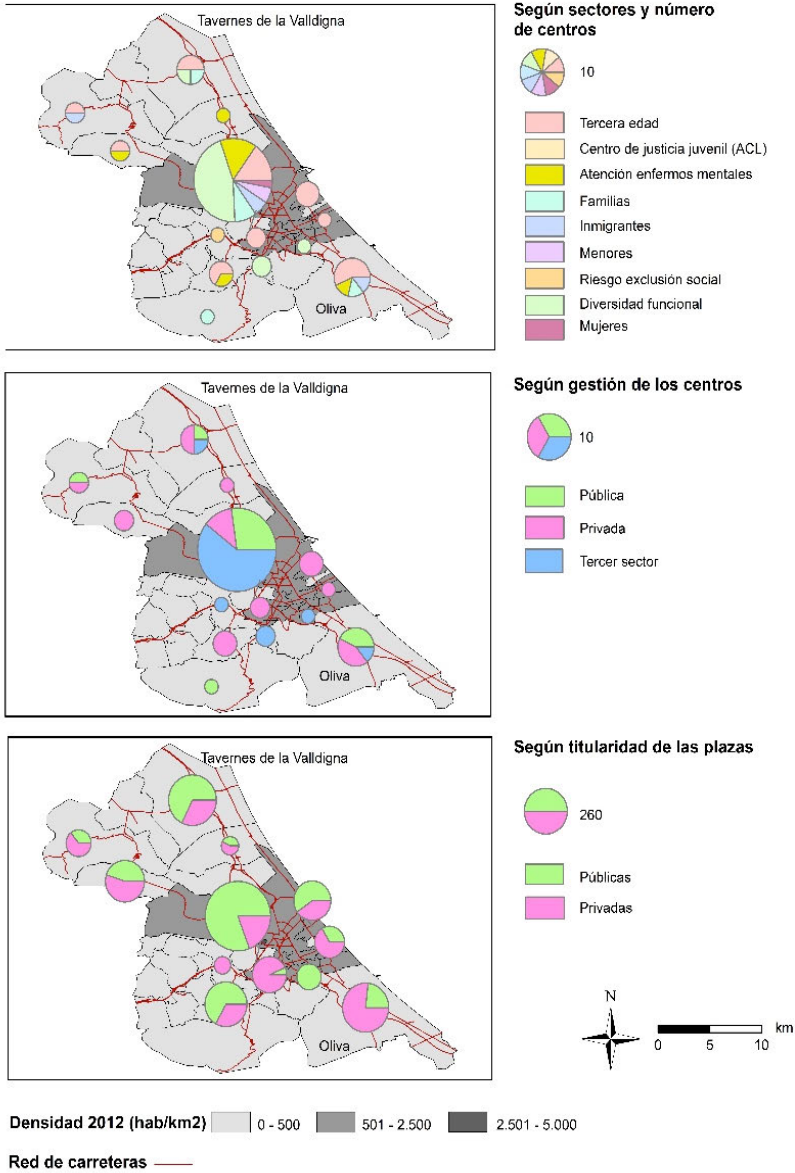
Fuente: El sistema de serveis socials davant la crisi econòmica (2014)

En la comarca del Camp del Turia, la ciudad de Llíria es la que mayor protagonismo tiene en relación a la oferta de Servicios Sociales especializados, pues aglutina la mayor oferta de tipos de servicios, seguida muy de cerca por las localidades

de Bétera, la Pobla de Vallbona y Riba-Roja del Turia. Mientras, en el resto de municipios hay poca diversidad y predomina fundamentalmente el sector de la tercera edad (Mapa 15). Por su parte, la gestión de los centros de la comarca queda en gran parte bajo la iniciativa privada, con escasa presencia de la pública. De hecho, la iniciativa social está incluso más presente que esta última. En cuanto a la distribución de las plazas y su titularidad, el mayor número de estas se localiza en los municipios que también cuentan con mayor cantidad de centros, lo que refuerza la posición de Llíria, Bétera, la Pobla de Vallbona y Riba-Roja del Turia en el conjunto comarcal. Un predominio que termina por quedar por completo bajo la acción del sector privado, puesto que en todos estos municipios este es el propietario de la mayoría de las plazas. De hecho, la titularidad pública se presenta como exclusiva en una sola localidad, de además, un tamaño demográfico relativamente reducido.

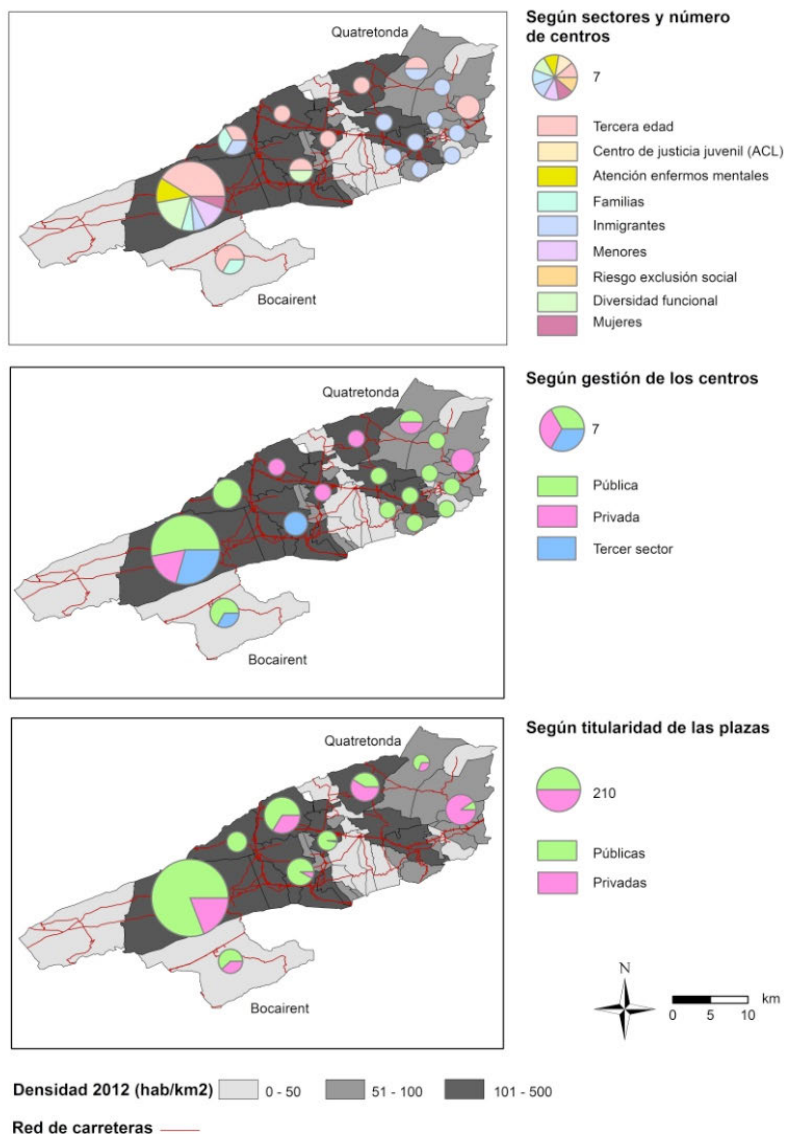
En la comarca de la Safor (Mapa 16), Gandía destaca claramente por concentrar la mayor parte de los Servicios Sociales especializados, aunque el municipio de Oliva cuente igualmente con algo de oferta. En el resto de municipios de la comarca se encuentran sectores cuyos recursos se materializan en uno o dos centros, en su mayoría en manos tanto de la gestión privada como del tercer sector. Es en los municipios más grandes dónde encontramos más representación de la gestión pública. Así, la distribución de la titularidad de las plazas es muy variada, siendo precisamente Gandía la localidad con más plazas de titularidad pública en términos absolutos.

Mapa 16: Los Servicios Sociales especializados en la Safor



Fuente: El sistema de serveis socials davant la crisi econòmica (2014)

Mapa 17: Los Servicios Sociales especializados en la Vall d'Albaida



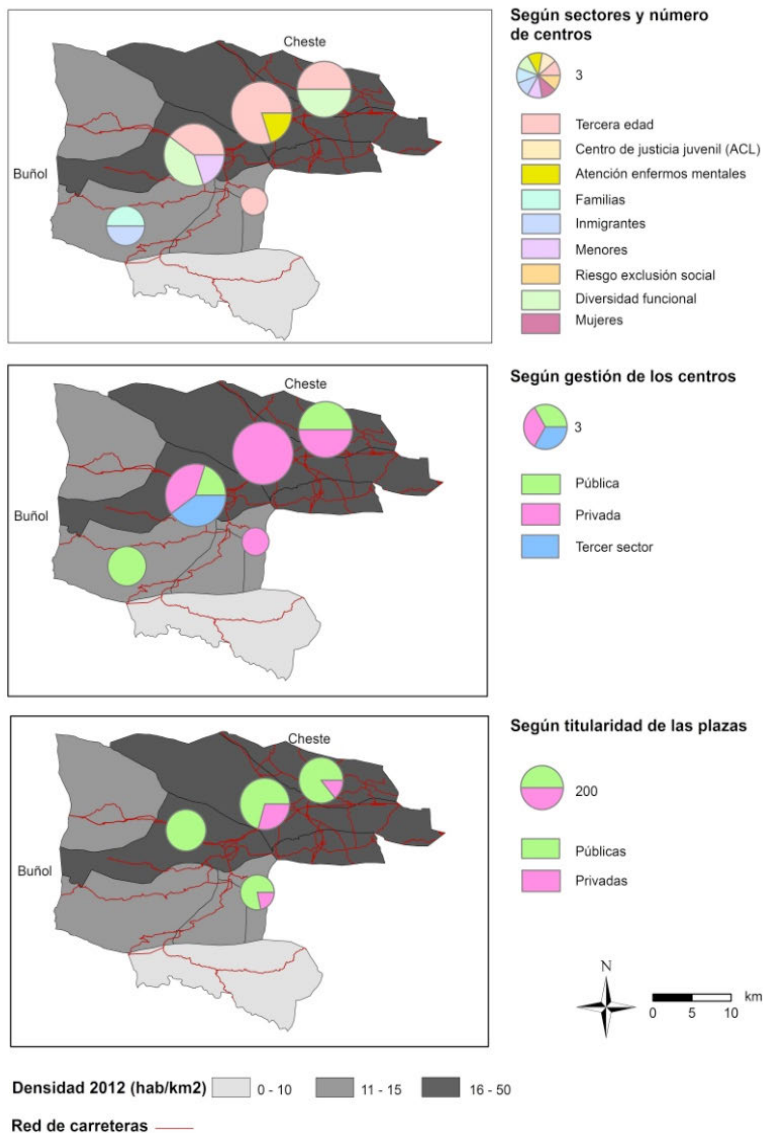
Fuente: El sistema de serveis socials davant la crisi econòmica (2014)

La comarca de la Vall d'Albaida destaca especialmente por la marcada presencia que tiene la atención dirigida a la inmigración y, en menor medida, la relacionada con la tercera edad (Mapa 17). Sin duda, se trata de un hecho peculiar, en tanto en cuanto la oferta especializada en inmigración no se da de igual forma en

otras comarcas. De todos modos, la concentración de los recursos se localiza en Ontinyent (Escribano, 2008), con la mayoría de servicios ofrecidos desde la gestión pública, pero también con una significativa presencia de la iniciativa privada y del tercer sector. De hecho, en los municipios con centros de atención a tercera edad destaca especialmente la gestión privada mientras que en aquellos otros en donde los servicios ofertados atañen a la población inmigrante, la gestión destaca por ser de ámbito público. En Ontinyent, la gestión de los centros se encuentra repartida entre los tres tipos de gestores, aunque la gestión pública está más presente alcanzando un porcentaje del 50 %. Lo mismo ocurre con la titularidad de las plazas, ya que la mayoría son públicas salvo en Benicolet, donde gran parte de las plazas ofertadas pertenecen al sector privado.

En la comarca de La Hoya de Buñol, la concentración de Servicios Sociales especializados se da principalmente en los municipios de Buñol, Cheste y Chiva (Mapa 18). Si analizamos estos municipios, se puede observar que en todos ellos el sector predominante es el dedicado a la tercera edad, con una clara diferencia en Chiva. En cuanto a los servicios dirigidos a la atención de menores, destacan las localidades de Buñol y Cheste, mientras que Chiva es el único municipio de la comarca donde existe el servicio de atención a enfermos mentales. Otros municipios que complementan la red de atención especializada en la comarca son Yatova, con la atención dirigida a los inmigrantes y a las familias, y Alborache, donde existe un predominio total de los servicios dedicados a la tercera edad. Según la gestión de los centros, Chiva y Alborache destacan por su gestión privada, Yatova con una gestión totalmente pública, mientras que en Buñol existen los tres tipos de gestión distinguidos, predominando en todo caso el Tercer Sector. En cuanto a su titularidad, en todos los municipios es predominantemente la propiedad pública.

Mapa 18: Los Servicios Sociales especializados en la Hoya de Buñol



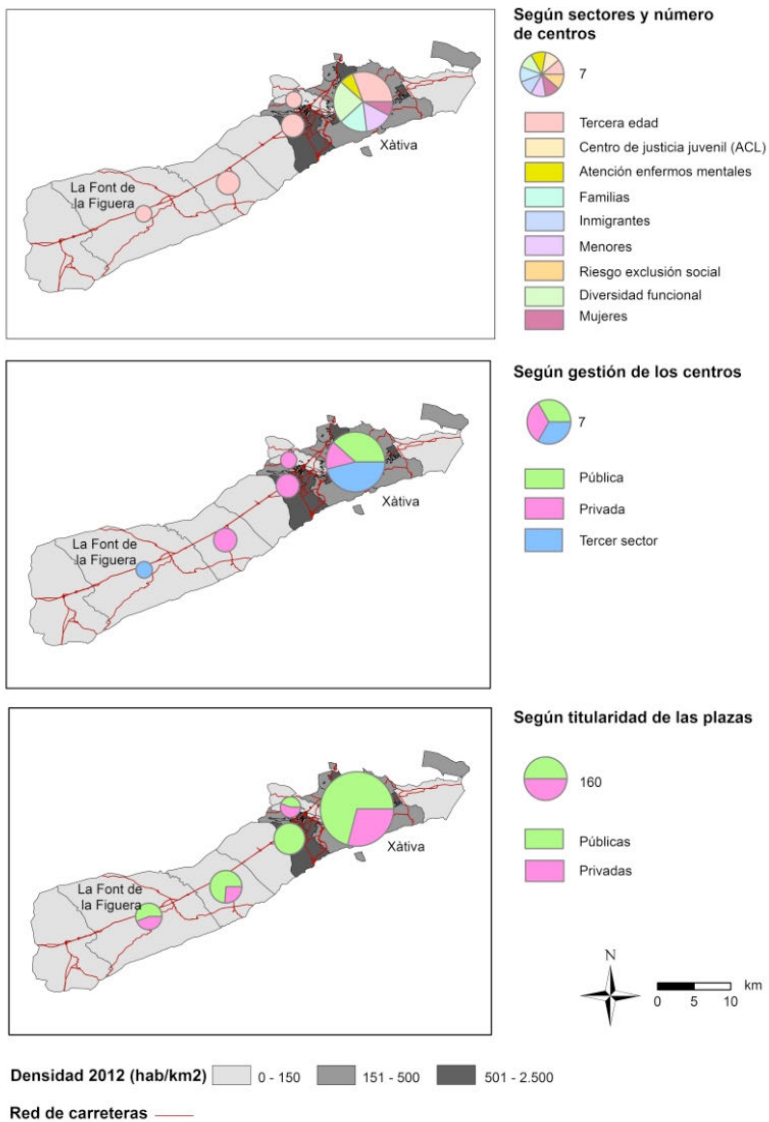
Fuente: El sistema de serveis socials davant la crisi econòmica (2014)

En la comarca de La Hoya de Buñol, la concentración de Servicios Sociales especializados se da principalmente en los municipios de Buñol, Cheste y Chiva (Mapa 18). Si analizamos estos municipios, se puede observar que en todos ellos el sector predominante es el dedicado a la tercera edad, con una clara diferencia en

Chiva. En cuanto a los servicios dirigidos a la atención de menores, destacan las localidades de Buñol y Cheste, mientras que Chiva es el único municipio de la comarca donde existe el servicio de atención a enfermos mentales. Otros municipios que complementan la red de atención especializada en la comarca son Yatova, con la atención dirigida a los inmigrantes y a las familias, y Alborache, donde existe un predominio total de los servicios dedicados a la tercera edad. Según la gestión de los centros, Chiva y Alborache destacan por su gestión privada, Yatova con una gestión totalmente pública, mientras que en Buñol existen los tres tipos de gestión distinguidos, predominando en todo caso el Tercer Sector. En cuanto a su titularidad, en todos los municipios es predominantemente la propiedad pública.

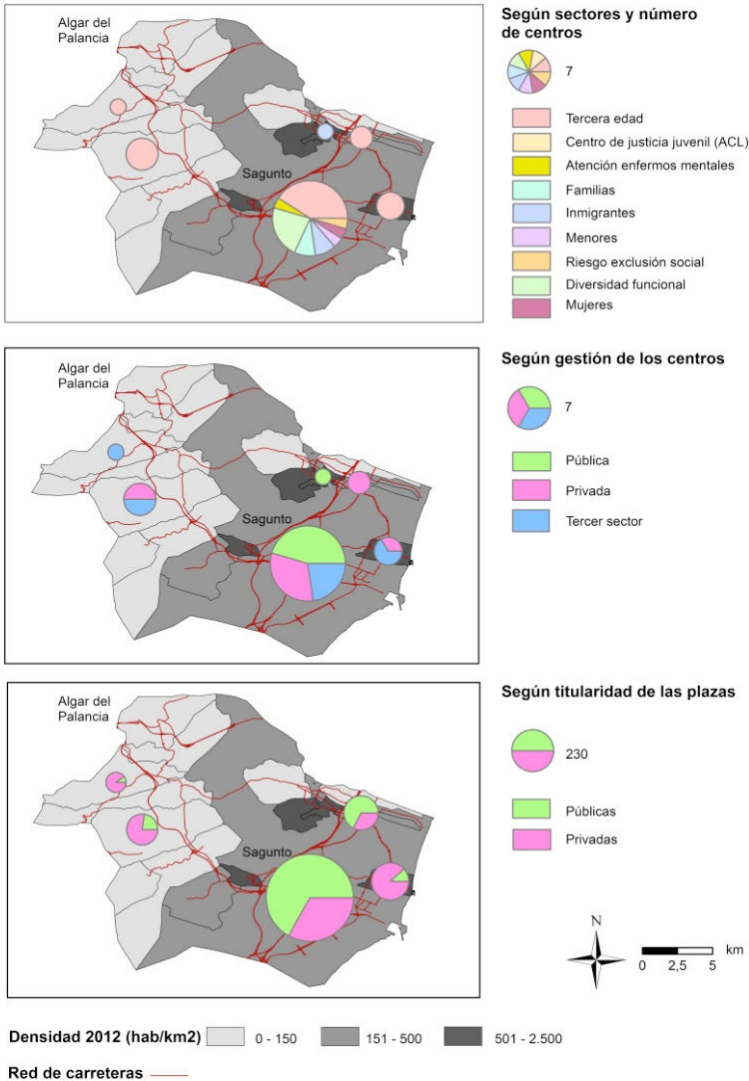
En La Costera, Xàtiva concentra el mayor número de centros y sectores (tercera edad, mujeres, menores, familias, diversidad funcional, y atención a enfermos mentales) (Mapa 19). En el resto de municipios, el único sector existente es el de la tercera edad. En cuanto a la gestión de los centros, destaca el Tercer Sector en La Font de la Figuera y en Xàtiva. Por su parte, la gestión privada controla la totalidad de los centros existentes en Moixent, l'Alcúdia de Crespins, y Llanera de Ranes. Según la titularidad de las plazas, destaca el predominio de la iniciativa pública en L'Alcúdia de Crespins.

Mapa 19: Los Servicios Sociales especializados en La Costera



Fuente: El sistema de serveis socials davant la crisi econòmica (2014)

Mapa 20: Los Servicios Sociales especializados en el Camp de Morvedre

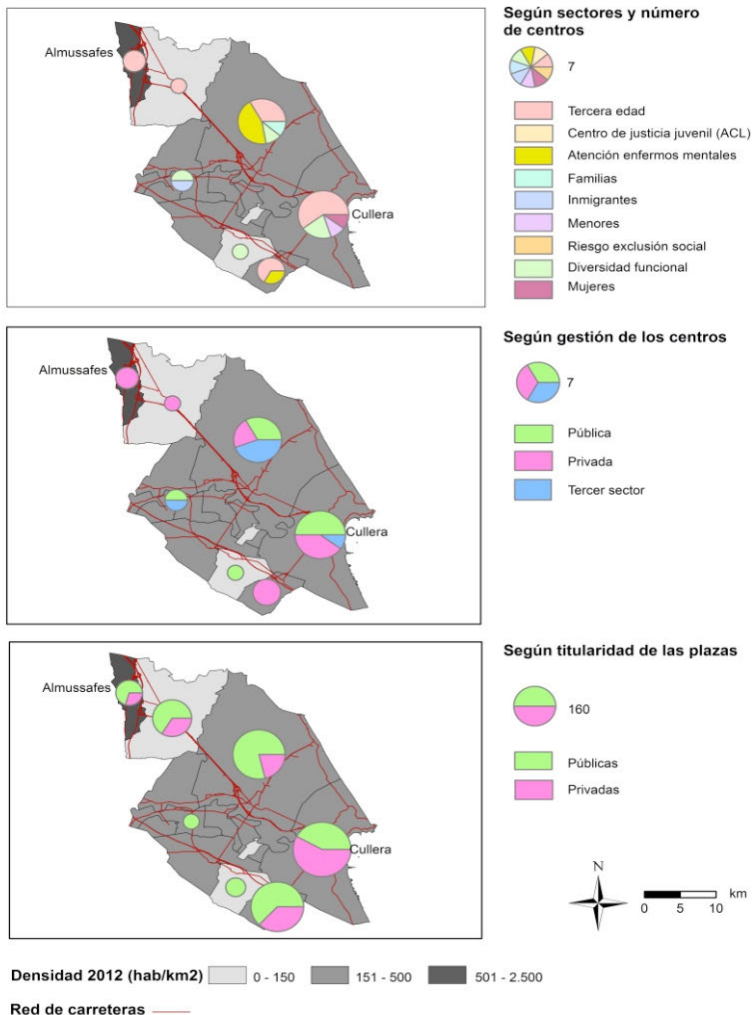


Fuente: El sistema de serveis socials davant la crisi econòmica (2014)

En la comarca del Camp de Morvedre, es el municipio de Sagunt el que concentra ocho de los nueve sectores de servicios de atención social existentes, y el mayor número de centros (Mapa 20). También destaca Benifairó de les Valls que alberga en exclusiva el servicio de atención a los inmigrantes. En el resto de municipios el único sector existente es el de la tercera edad. En cuanto a la gestión

de los centros, existe una clara diferenciación municipal. Por un lado, destaca la gestión pública en Benifairó de les Valls y Sagunt, mientras que la gestión privada destaca en Faura (en su totalidad) y Estivella. El Tercer Sector predomina en Canet d'en Berenguer, Estivella y Algimia de Alfara. Por titularidad de las plazas, Sagunt y Faura presentan un claro peso público, mientras que el resto de municipios es la titularidad privada la que obtiene una clara ventaja.

Mapa 21: Los Servicios Sociales especializados en la Ribera Baixa

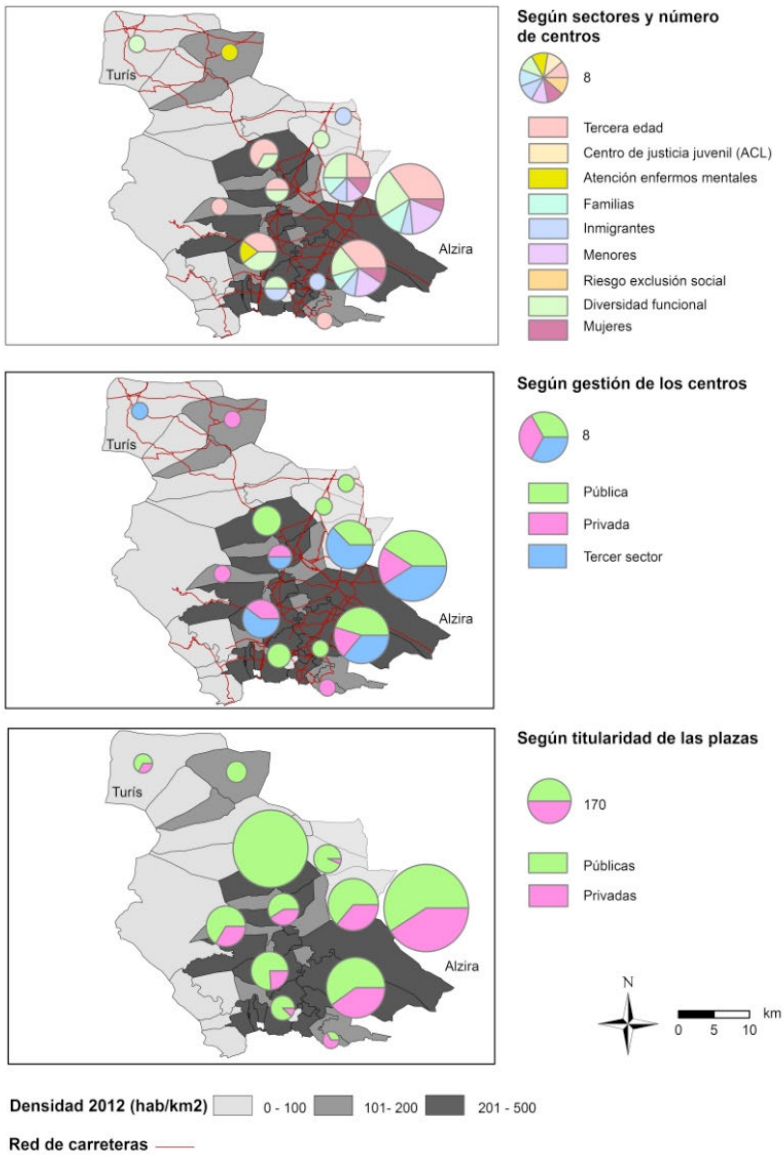


Fuente: El sistema de serveis socials davant la crisi econòmica (2014)

Por su parte, en la comarca de la Ribera Baixa son los municipios de Sueca y Cullera los que se reparten el mayor número de sectores de atención social, y concentran a la vez el mayor número de centros. Aunque otros municipios como Favara, Llaurí y Albalat de la Rivera complementan la oferta existente (Mapa 21) (ESCRIBANO, 2005). En Almussafes y Sollana el único sector existente es el dirigido a la tercera edad. En cuanto a la gestión de los centros, Cullera y Sueca presentan una mayor diferenciación ya que en ellos están presentes los tres tipos de gestión. En los municipios de Almussafes, Sollana y Favara la gestión privada es la predominante. Solo en los municipios de Llaurí y Albalat de la Rivera la gestión privada no está presente, destacando la gestión pública en su totalidad en el primero de ellos, y la significativa presencia del Tercer Sector en el segundo. Por último, según la titularidad de las plazas estamos ante un espacio comarcal en el que existe un claro dominio de la titularidad pública, y solo en el municipio de Cullera es significativa la titularidad privada de las plazas existentes.

Para finalizar, en la comarca de la Ribera Alta es Alzira la localidad con mayor número de centros y sectores, que se complementan junto a los municipios de Algemesí y Carcaixent (Mapa 22). En este caso la oferta de sectores está muy diversificada por municipios, destacando la elevada presencia del sector de la tercera edad y diversidad funcional en los municipios anteriormente nombrados junto a Turís, Guadassuar, Alginet y L'Enova. Por otro lado, los Servicios Sociales de atención a inmigrantes destacan en Benifaió y Vilanova de Castelló. Y por último el sector de atención a enfermos mentales solo está presente en Montserrat y Alberic. La comarca destaca por la gestión pública de los centros, aunque existen claras excepciones como son los casos de Algemesí, Turís y Alberic, municipios en los que predomina el tercer sector, y Montserrat, Guadassuar y L'Enova, en donde predomina la gestión privada. Si analizamos la titularidad de las plazas, existe una clara uniformidad ya que en todos los municipios domina la titularidad pública, si bien lo hace de forma muy significativa en las localidades de Montserrat y Carlet, municipio este último en donde el número de plazas se incrementa de forma significativa respecto al anterior.

Mapa 22: Los Servicios Sociales especializados en la Ribera Alta



Fuente: El sistema de serveis socials davant la crisi econòmica (2014)

5. La red de Servicios Sociales especializados en espacios rurales: una oferta incompleta que penaliza doblemente a la población dispersa

Como hemos visto en el anterior análisis municipal realizado comarca por comarca, la atención especializada de la red de Servicios Sociales evidencia déficits en la oferta existente en los espacios rurales. Es por ello que, aunque sea de manera breve, no queremos dejar pasar la oportunidad de incidir sobre este hecho de forma más precisa, en tanto en cuanto consideramos oportuno llamar la atención sobre las marcadas desventajas que experimenta la población rural en el acceso a unos servicios que, como pertenecientes a un sistema público, deberían presentar una organización que garantizase su uso y disfrute en igualdad de condiciones en y por todo el territorio.

Para delimitar el espacio rural y diferenciarlo del urbano existen múltiples posibilidades a partir del empleo de criterios cuantitativos o cualitativos. Por una cuestión de operatividad y sencillez, a continuación vamos a emplear la delimitación que desde 1950 emplea hasta la fecha el Instituto Nacional de Estadística (INE) para distinguir los distintos espacios rurales que conforman el territorio español. No obstante, consideramos que existen otras aproximaciones más ajustadas a lo que puede entenderse por la ruralidad en la actualidad, pero que debido a su marcada subjetividad³ dificultan realizar un trabajo rápido y preciso. Por ello, en este apartado vamos a diferenciar los espacios rurales como aquellos municipios con menos de 2.000 habitantes, dejando de lado el resto del territorio.

A partir de esta distinción podemos apuntar que, en el caso de la provincia de Valencia y con datos de población municipal relativos al año 2013, el medio rural ocupa casi el 50 % de todo el territorio, se organiza alrededor de 132 municipios, y alcanza un peso demográfico que apenas supera el 4 % de la población provincial (Tabla 1). Desde la perspectiva de la atención social especializada, este espacio alberga a su vez el 6 % del total de centros provinciales. A priori, estos datos pueden hacernos pensar que existe un ajuste relativamente adecuado entre demanda y oferta. Sin embargo, la información así presentada ignora dos hechos clave: por un lado, no se señala nada sobre la diversidad de la oferta, cuando en los análisis previos relativos tanto a la situación provincial como comarcal, el principal sector presente en todo el espacio era (y es) el vinculado a la tercera edad, presentando además situaciones de «monocultivo» precisamente en muchas comarcas de eminente carácter rural (como en el caso del Valle de Confrentes-Ayora, Mapa 10) (Tabla 3). De hecho, la Tabla 1 aporta más información sobre esta realidad, en la medida que hay sectores completamente ausentes en estos espacios, tales como la atención a menores y los dirigidos a las medidas judiciales para jóvenes.

3. Desde este punto de vista, entendemos que lo rural se presenta como una construcción social que evoluciona con el tiempo, tal y como lo hace la sociedad que observa, reside y/o consume dicho espacio (ENTRENA, 1998).

Y por otro lado, la información descriptiva de la oferta y la demanda existente en el medio rural provincial, obvia que la población residente en los espacios rurales es una población con un significativo grado de dispersión espacial (Tabla 2), caracterizada además por una compleja movilidad. Primero, debido a las infraestructuras que vertebran dichos espacios, a menudo deterioradas por las condiciones climáticas adversas y la escasa rentabilidad económica de modernizar y/o reparar trazados con baja intensidad de uso; y segundo, en cuanto a los servicios de transporte públicos ofertados, habitualmente escasos, sin atención a todas las poblaciones, y con una frecuencia considerablemente reducida (de hecho, existe un buen número de localidades en las que es imposible salir de esta y regresar en el mismo día).

En consecuencia, tanto la dispersión espacial señalada como la compleja movilidad pública que condiciona a la población rural, hacen que únicamente sean los habitantes que residen en las cabeceras municipales los que en realidad disponen de una oferta asegurada, sea en el servicio que sea, en este caso, en el ámbito de la atención especializada en Servicios Sociales. El motivo no es otro que la tendencia a la localización de los equipamientos en los núcleos de población principales, en la línea de disponer así de la suficiente masa crítica que haga mínimamente rentable su existencia en estas áreas (o que al menos, minimice al máximo los costes de su funcionamiento). Como resultado, en el caso concreto analizado, en 2013 más de 9.500 personas se caracterizaban por contar con una accesibilidad pública a los centros de la red especializada de Servicios Sociales nula o deficiente, viéndose así obligadas a recurrir al transporte privado propio o, en función de sus condiciones físicas, de familiares, amigos y/o vecinos.

Destacamos estos datos en valores absolutos por la importancia que tienen para estos territorios, en la medida que en muchas zonas rurales contar con diez habitantes puede resultar tanto o más determinante que el hecho de que una ciudad gane o pierda por ejemplo mil habitantes. Porque, aunque sea esta una cifra reducida desde una perspectiva urbana, con frecuencia para el espacio rural supone el valor crítico que permita a muchos de sus municipios, habitualmente caracterizados por su escasa oferta en equipamientos y servicios, garantizar la sostenibilidad de estos y, por tanto, asegurar un mínimo de calidad de vida que logre hacer atractivo el mismo de cara a mantener y/o atraer población residente.

Tabla 1. Oferta de Servicios Sociales especializados según tipos de espacios

		Espacio Rural	Espacio Intermedio	Espacio Urbano	
Número de municipios		132	83	51	
Población (Padrón municipal de 2012)		110.385	379.424	2.090.983	
% población sobre total provincial		4,3	14,7	81	
Extensión superficial (km²)		4.712	2.885	3.208	
% extensión sobre total provincial		44	27	30	
Densidad de población		23	131	652	
Sectores de atención especializada	Riesgo de exclusión social	SI	-	SI	
	Familia	SI	SI	SI	
	Inmigrantes	SI	SI	SI	
	Mujer	SI	SI	SI	
	Diversidad funcional	SI	SI	SI	
	Atención social enfermos mentales	SI	SI	SI	
	Recursos judiciales de jóvenes	-	-	SI	
	Menores	-	SI	SI	
	Tercera edad	SI	SI	SI	
Número de centros	Número total de centros		48	121	592
	Públicos	<i>Absolutos</i>	23	62	249
		<i>%</i>	48	51	42
	Privados	<i>Absolutos</i>	25	59	343
		<i>%</i>	52	49	58
Número de plazas	Número total de plazas		1.820	4.752	23.869
	Públicas	<i>Absolutos</i>	1.069	3.158	14.522
		<i>%</i>	59	66	61
	Privadas	<i>Absolutos</i>	751	1.594	9.347
		<i>%</i>	41	34	39
	Tercer Sector	<i>Absolutos</i>	-	-	-
		<i>%</i>	-	-	-
Tipo(s) de gestión	Número total de centros		61	112	588
	Pública	<i>Absolutos</i>	18	44	182
		<i>%</i>	30	39	31
	Privada	<i>Absolutos</i>	22	47	208
		<i>%</i>	36	42	35
	Tercer Sector	<i>Absolutos</i>	21	21	198
		<i>%</i>	34	19	34

Fuente: El sistema de serveis socials davant la crisi econòmica (2014)

Tabla 2. Distribución de la población rural según tipo de poblamiento

Tipología de poblamiento	Datos absolutos (habitantes)	%
Población total en medio rural	110.385	100
Población residente núcleos principales	100.843	91,4
Población residente núcleos secundarios	4.913	4,5
Población residente de forma dispersa	4.629	4,2

Fuente: Elaboración propia a partir del Padrón Municipal de 2012 (IVE, 2016).

Junto a este análisis relativo únicamente a la oferta existente por parte de los Servicios Sociales especializado en medio rural, podemos plantear del mismo modo que hemos hecho en apartados anteriores, algunas notas sobre de las características más relevantes que afectan a dicha oferta desde el punto de vista de la gestión de los centros y la titularidad de las plazas con que cuentan estos. Así, la Tabla 1 evidencia como el tercer sector representa el 34 % de la gestión total, casi el mismo valor que el sector privado (36 %), mientras que el ámbito público gestiona el 30 % restante; es decir, una situación casi de equilibrio entre las tres opciones, pero que en todo caso, deja con poca presencia gestora a la iniciativa pública (menos de un tercio).

Por su parte, la mayor cantidad de plazas queda en manos de la administración pública, muestra de que, con independencia de si es suficiente para la demanda existente, se trata de la iniciativa que más se ha desarrollado precisamente allí donde menos rentable resulta hacerlo desde un punto de vista económico. Lógicamente, si relacionamos este predominio con su luego escasa presencia gestora, de nuevo estamos como ya hemos apuntado, ante un claro retroceso del papel que debe jugar lo público frente al resto de enfoques encargados de la atención a la población, y cómo ello beneficia especialmente los intereses del libre mercado, pues este no debe realizar desembolso alguno en la creación de las plazas. Solo debe gestionar su uso y estado (obviamente, la diferencia de costes no puede ser más que positiva).

En todo caso, los destacados valores alcanzados por el sector privado cabe relacionarlos con la fuerte presencia que en el espacio rural tiene el sector de la tercera edad (Tabla 3). Sin duda, la existencia en estos espacios de una estructura demográfica envejecida, que a su vez dispone de unos recursos económicos asegurados (bien por medio del ahorro individual, bien gracias a los diferentes tipos de prestaciones contributivas y no contributivas por parte de la Seguridad Social), hacen de este sector un nicho especialmente interesante o, al menos, mucho más que otros sin una demanda parecida (como inmigrantes y mujeres) (Romero y Garcés, 2001).

Tabla 3. Servicios Sociales especializados en el espacio rural valenciano (2013)

Sector	Recurso	Plazas	%
Riesgo de exclusión social	Albergues	36	2,0
	Comedores sociales	Sin plazas	0
Familia	Puntos de encuentro familiar	Sin plazas	0
	SEAFI	Sin plazas	0
Inmigrantes	AMICS	Sin plazas	0
Mujer	CMIO	Sin plazas	0
	Centro protección de la mujer	Sin plazas	0
	Riesgo de exclusión social (viviendas tuteladas)	Sin plazas	0
	Centro de la mujer 24h	Sin plazas	0
	Infodona	Sin plazas	0
Diversidad funcional	Centro de atención temprana	35	1,9
Diversidad funcional	Centro de atención temprana	35	1,9
	Centro ocupacional	80	4,4
	Centro de día	40	2,2
	Residencias	44	2,4
	Viviendas tuteladas	7	0,4
Atención social enfermos mentales	CEEM	221	12,1
	CRIS	Sin plazas	0
	Centros de día para enfermos mentales	Sin plazas	0
	Viviendas tuteladas para enfermos mentales	Sin plazas	0
Recursos judiciales de jóvenes	Centro terapéutico y reeducación	Sin plazas	0
	Centro de reeducación	Sin plazas	0
Menores	Centro de día de inserción sociolaboral	Sin plazas	0
	Centro de acogida	Sin plazas	0
	Centro de recepción	Sin plazas	0
	Centro de día convivencial-educacional	Sin plazas	0
Tercera edad	Residencias	1.189	65,3
	Centros de día	168	9,2
	CEAMS	Sin plazas	0
Total		1.820	100

Fuente: Elaboración propia a partir de la información relativa a los Servicios Sociales especializados facilitada por la *Conselleria de Benestar Social* (2013).

Finalmente, si atendemos al resto de espacios diferenciados según el INE, entre los que encontramos los intermedios, con una población municipal entre los 2.001 habitantes y 10.000, y los espacios urbanos (municipios con más de 10.000 habitantes), vemos como la mayor parte de las tendencias identificadas en el medio rural se mantienen, de modo que se pueden extraer ciertas pautas espaciales (Tabla 4).

Así, la zona intermedia (27 % de extensión provincial y 15 % de la población total) adolece como el espacio rural de no ofrecer a su población todos los sectores especializados. De hecho, son también dos los ausentes en este espacio: por un lado, de nuevo los recursos judiciales para jóvenes (ACL), lo que evidencia una marcada concentración espacial únicamente en las grandes ciudades, con las contrapartidas que este hecho pueda conllevar para la población que vive fuera de las mismas; y por otro lado, la atención a la población en riesgo de exclusión social, paradójicamente en un momento en que tras la crisis de 2008 esta no ha dejado de aumentar⁴.

En términos de número de centros, por escaso margen es el ámbito público quien mayor porcentaje posee, si bien en cuanto a gestión sigue siendo predominante la de carácter privado (42 %). Por su parte, la vinculada con la iniciativa social disminuye considerablemente su participación, registrando un valor del 19 %, lo que sitúa a esta modalidad en último lugar. En relación a la titularidad de las plazas registrada en este espacio, el ámbito público es propietario de las dos terceras partes, manteniendo de este modo el predominio demostrado en el medio rural.

Tabla 4. Síntesis del papel predominante desempeñado por la iniciativa pública, social y privada según tipos de espacios

	Espacio rural	Espacio interurbano	Espacio urbano
Número de centros	Iniciativa privada	Iniciativa pública	Iniciativa privada
Número de plazas	Iniciativa pública	Iniciativa pública	Iniciativa pública
Tipo de gestión	Iniciativa privada	Iniciativa privada	Iniciativa privada

Fuente: Elaboración propia a partir de la Tabla 1.

Por último, el espacio urbano (81 % de la población concentrada en el 30 % de la superficie provincial) es el único cuya población residente dispone de todos los sectores de los Servicios Sociales especializados. Al igual que ocurría en el espacio rural, de nuevo la iniciativa privada posee el mayor número de centros (58 %), aunque no así la titularidad sobre el mayor número de plazas, que queda de

4. En relación a este incremento y las consecuencias del mismo, puede ampliarse información en el siguiente artículo de prensa digital elaborado por el Prof. Uceda-Maza: ¿Qué hacemos con la pobreza, la vulnerabilidad y la exclusión social en la Comunidad Valenciana? (29/07/2016): <http://bit.ly/2dVM8U1>. Consultado el 03 de octubre de 2016.

nuevo como en los otros dos espacios, en manos de la iniciativa pública (61 %). No obstante, la gestión de los centros destaca por estar controlada por el sector privado (35 %), si bien seguida muy de cerca por la iniciativa social (34 %). Luego, el predominio nuevamente de la gestión de los centros en manos privadas y sociales (ambas suman el 69 %) supone la repetición del mismo panorama comentado para el espacio rural: es la iniciativa pública la que lleva a cabo las operaciones estructurales en cuanto a la oferta especializada en los Servicios Sociales, y por tanto la que más inversión debe realizar, mientras que el sector social, pero sobre todo el privado, se dedican al aspecto cuyos costes son más sencillos de amortizar (e incluso convertir en beneficios).

En todo caso, tres son las pautas espaciales que a grosso modo podemos destacar en relación a los recursos especializados existentes en la provincia de Valencia en materia de Servicios Sociales: i) la gestión de todo el sistema queda principalmente en manos de la iniciativa privada; ii) la mayor cantidad de plazas es de titularidad pública (es decir se mantienen con fondos públicos); y iii) los centros en manos de las administraciones públicas solo predominan en los espacios intermedio.

De la diferente combinación de estas pautas se pueden deducir dos resultados más: por un lado, sin combinamos la primera y segunda pauta se corrobora lo apuntado en la introducción del presente capítulo: las administraciones públicas tienen más interés en la ordenación del conjunto del sistema que en su gestión, con las pros y contras que conlleva dicha opción política: reducción de costes directos que afectan a las cuentas públicas, pero distanciamiento al público usuario, con la pérdida consecuente de perspectiva en relación a la detección de posibles necesidades o aspectos a mejorar, o en cuanto a la evaluación de la calidad del servicio prestado.

Y, por otro lado, a partir de la información que ofrece la primera y la tercera pauta podemos extraer que, salvo excepciones puntuales, tanto en medio rural como en medio urbano el tamaño de los centros de atención especializada es mucho menor que el ofertado por parte de la iniciativa pública. Este resultado contrasta bastante bien con la lógica habitual del mercado, en la medida que la búsqueda de beneficios impide el sobredimensionamiento de la oferta, a riesgo de que esta pudiera no quedar atendida y por tanto, incurrir en gastos fijos de difícil resolución (Martínez, et al. 2014).

6. Reflexiones finales

A través de este capítulo hemos contemplado la distribución de los Servicios Sociales especializados desde una perspectiva claramente espacial, al usar la cartografía como herramienta principal de análisis. Así, gracias al examen a diferentes escalas espaciales de la variable temática en cuestión, se comprende mejor la situación de cada territorio en cuanto a la oferta disponible, se localizan

adecuadamente los recursos, y se logra identificar las necesidades que plantea cada unidad territorial de estudio (sea esta provincial o comarcal, rural, intermedia o urbana).

Como ocurre con otros servicios, la distribución de los Servicios Sociales analizados está en relación directa con la población, de modo que, a mayor densidad demográfica, mayor variedad de sectores, diversidad interna y tamaño de los mismos. Pero esta variedad de sectores de atención especializada no es equitativa, ya que existe una presencia predominante del sector de la tercera edad tanto para 2013 como para 1991, año en el que todavía su existencia era mucho mayor (no solo en términos absolutos, sino también relativos).

Desde un punto de vista general, actualmente la mayoría de la población residente en la provincia de Valencia tiene acceso a los recursos ofertados por la atención especializada de los Servicios Sociales en alguno de los municipios de su comarca. De hecho, esta «norma» solo se ve interrumpida en algunas comarcas de marcado carácter rural y localizado en el interior provincial. Sin duda, la falta de unos mínimos en cuanto a oferta disponible establecidos por normativa alguna, según población potencialmente usuaria, contribuye a estos desajustes espaciales entre áreas rurales y áreas urbanas. Desajustes que se han hecho evidentes en distinto grado a lo largo de todo nuestro análisis.

La dotación de cualquier servicio y/o equipamiento adecuado a la población usuaria, accesible y pública en su mayor parte, es básica para conseguir las tan anheladas justicia territorial y equidad espacial. Este es un planteamiento que podemos trasladar con facilidad a nuestro ámbito de trabajo, los Servicios Sociales especializados. Hasta ahora hemos podido comprobar que la iniciativa pública ha dejado paso a otras formas de gestión, desvinculándose así del objeto más importante de su servicio, la atención a la población usuaria de sus servicios y equipamientos. Así, en la provincia de Valencia la mayor parte de la oferta de atención especializada se gestiona desde la iniciativa privada, hecho que todavía es más evidente en las comarcas con mayor densidad demográfica. Este predominio de la gestión privada contrasta con la reducción que desde 1991 ha experimentado la alternativa constituida por la iniciativa social. De hecho, entre dicho año y 2013 no solo se ha reducido la gestión de los centros de atención especializada (precisamente en un intervalo temporal en donde la variedad de recursos se ha incrementado, y con ella, las posibilidades de intervención), sino que además la participación del Tercer Sector en la titularidad de las plazas ha pasado a ser nula.

Todos estos aspectos plantean la posibilidad de diseñar un nuevo modelo sectorial capaz de atender y mejorar la organización del territorio en su conjunto, y avanzar en un tipo de oferta y de gestión más próxima al ciudadano y comprometida con la legitimidad y sostenibilidad económica y social del propio sistema. Obviamente, todo tipo de iniciativas son posibles en cualquier tipo de servicio que busca ser eficaz y eficiente. Sin embargo, el desarrollo de estas no debe suponer dejadez alguna de funciones por parte de la administración pública, por escasamente atractivas que para ésta pueda suponer la realización de las mismas (ya sea en términos financieros o logísticos). Porque de lo contrario, estaríamos trasladando a la población usuaria del servicio en cuestión toda la presión que conllevaría

su adecuado funcionamiento, tanto desde un punto de vista material (como pudieran ser los recursos económicos destinados al transporte) como inmaterial (ante, por ejemplo, el tiempo extra que cabría invertir para acceder a las prestaciones).

7. Referencias bibliográficas

- BURRIEL, E. L. y SALOM, J. 2002. «La distribución de la población y el sistema urbano», en ROMERO, J., MORALES, A., SALOM, J. y VERA, F. (coord.): *La periferia emergente. La Comunidad Valenciana en la Europa de las regiones*. Barcelona: Ariel, Pp. 114-147.
- CONSEJERÍA DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL. DIRECCIÓN GENERAL DE SERVICIOS SOCIALES. 1991. *Mapificación de los Servicios Sociales en la Comunidad Valenciana*. Valencia: Área de planificación de la Consejería de Trabajo y Seguridad Social.
- ENTRENA, F. 1998. *Cambios en la construcción social de lo rural. De la autarquía a la globalización*. Madrid: Tecnos.
- ESCRIBANO, J. 2005. «La distribución espacial de los equipamientos geriátricos en la comarca de la Ribera Baixa: un análisis prospectivo para la satisfacción de su demanda». *Cuadernos de Geografía de la Universidad de Valencia*, 77, Pp. 61-82.
- ESCRIBANO, J. 2008. «La población de la tercera edad en la Vall d'Albaida: distribución y equipamientos». *Actas del II Congreso de Estudios Comarcales de la Vall d'Albaida*, Ontinyent (Valencia) 2004. Ed. Institució d'Alfons el Magnànim (Diputació de València), Pp. 497-526.
- MARTÍNEZ, L., ESCRIBANO, J., BOTIJA, M^a. M. y MARTÍNEZ, L. 2014. «Mapificación de los Servicios Sociales “especializados” de la provincia de Valencia», en PASTOR, E. (Ed.): *El Trabajo Social ante el reto de la crisis y la educación superior*. Murcia: Universitas, S.A., Pp. 409-428.
- ROMERO, J. y GARCÉS, J. 2001. «Estado de Bienestar, cohesión social y crecimiento», en ROMERO, J., MORALES, A., SALOM, J. y VERA, F. (coord.): *La periferia emergente. La Comunidad Valenciana en la Europa de las regiones*. Barcelona: Ariel, pp. 175-193.
- UCEDA, X. F., PITARCH, M. D., PÉREZ, J. V. y ROSALENY, R. 2012. «La evolución de la estructura básica de Servicios Sociales en la Comunidad Valenciana. Treinta años en el Área Metropolitana de Valencia». *Arxius de Ciències Socials*, 27, Pp. 83-100.

12 La participación en los Servicios Sociales. Situación y propuestas de futuro

Pep Pacheco Marco
Paco Andrés Arseguet
Javier Aguado Abad

«No es lo que importa llegar solo ni pronto,
sino llegar con todos y a tiempo».
León Felipe

1. Introducción: de la participación ciudadana y su importancia en los Servicios Sociales

La participación ciudadana hace referencia a una concepción de la democracia que va más allá de votar cada cuatro años para configurar las administraciones e instancias gubernamentales, refrendar reformas constitucionales, elegir la forma de Estado o ingresar en instituciones internacionales. Hablar de participación ciudadana es hablar de democracia.

La participación ciudadana, más allá del sufragio universal puede, o no, formar parte de los fundamentos que conforman la democracia representativa, al uso en la mayor parte de las sociedades más desarrolladas y con estados de corte liberal, independientemente de que sus diferentes versiones pongan, o no, los acentos en diferentes concepciones como por ejemplo el modelo de estado de bienestar social (socialdemócrata) o liberal según los modelos anglosajones del *laissez faire* y renanos.

El núcleo central de la democracia representativa lo constituye el acto de la delegación de las aspiraciones ciudadanas en corporaciones institucionales y gobiernos gestionados por un sistema de partidos establecidos constitucionalmente –en casi todos los países– a través de políticos profesionales.

Así, la participación ciudadana adquiere una consideración ambivalente, dependiendo que responda a diferentes modalidades del ejercicio del poder, como por ejemplo:

- Para hacerla más funcional, para institucionalizar e integrar el conflicto
- Para ampliar la democracia y los ámbitos de decisión
- Para conseguir corresponsabilidad a la ciudadanía en las decisiones gubernamentales
- Para favorecer la construcción de contrapoder popular

Su importancia puede ser crucial en cuanto a conseguir renovación en las formas de acción política:

Los movimientos del 15M y las mareas no son sólo un punto de partida para el cambio, sino una metodología innovadora para poder construir procesos de larga duración, que van más allá de los movimientos y los partidos clásicos. Y esta novedad de los movimientos es lo que cabe aprovechar para nuevas formas democráticas... Se trata de otros sistemas que se construyen en paralelo para la planificación social o para los presupuestos participativos o para la autogestión de servicios. Los movimientos hacen asambleas participativas –no sólo informativas– y grupos de trabajo, talleres de auto-formación, y se deciden prioridades con creatividad social y consensos amplios (Rodríguez Villasante, 2015).

En el contexto específico de los Servicios Sociales municipales, la participación ciudadana ha estado vinculada al desarrollo de programas comunitarios; no obstante, su alcance ha sido muy limitado pues, en general, la administración de los programas sociales ha tomado como referencia el modelo asistencial y la lógica administrativa-burocrática.

En el caso del País Valenciano, «modelo social valenciano» desarrollado hasta la fecha ha lastrado cualquier posibilidad de conformar un sistema donde la participación ciudadana tuviera algún sentido y fuera más allá de una enmarañada red de intereses empresariales, partidistas-clientelares, o de fórmulas institucionales de carácter estrictamente formal. Los postulados de la derecha local, con Zaplana al frente, que abogaban por que la mejor política social era el pleno empleo fueron su prolegómeno (Pacheco, 2009a, 2009b).

Si esta política gubernamental ha venido siendo refractaria a contar con las personas, sería injusto no reconocer los esfuerzos e iniciativas de profesionales inquietas y equipos comprometidos que, a pesar de un entorno orgánico muy adverso, han mantenido –en el ámbito local– un nivel digno y coherente en el ejercicio de sus funciones.

No podemos olvidar tampoco el papel central y determinante de plataformas y colectivos de personas afectadas y gentes defensoras de los derechos sociales, reclamando en unos casos simplemente el cumplimiento de la ley y, en otros, denunciando la política antisocial del anterior Consell.

El encuentro de profesionales comprometidos y ciudadanía movilizada, unidos en esta lucha, ha sido una de las cosas más hermosas que nos ha deparado el

anterior periodo. Su implicación, organización y rebeldía han sido claves en la defensa de una mejora en la atención de las personas y en evitar un mayor retroceso y deterioro en un sistema público de protección social que estaba siendo abocado a su extinción.

No obstante, estamos asistiendo a un cambio social, político e institucional donde la participación ciudadana ha dejado de ser un cliché al uso para pasar a formar parte de las inquietudes ciudadanas emergentes.

La participación ya no es una concesión de alcance limitado, es un derecho cada vez más exigible, también y especialmente en el ámbito de las políticas sociales. Las personas y los grupos dejan de ser «usuarios» para manifestarse como ciudadanía.

La transparencia e innovación real y efectiva de la participación ciudadana en el diseño, gestión y evaluación de las políticas de Servicios Sociales se configura como elemento esencial para generar/reforzar/reconstruir la calidad democrática en el nivel territorial y organizacional más próximo. Su incorporación permitirá mejorar la eficacia y eficiencia de las políticas públicas y la prestación de los Servicios Sociales, y adoptar decisiones significativas y vinculantes para los actores sociales y usuarios de centros/servicios, provocando una progresiva vitalización del capital social de los municipios y organizaciones sociales donde trabajamos desde las sinergias transaccionales (Pastor, 2013:101).

Así pues se configura un nuevo escenario donde parece posible y legítimo, reivindicar una participación ciudadana plena, con fundamento y sentido, desde la ciudadanía, desde los profesionales, desde las administraciones...

Una participación ciudadana que lejos de retóricas sea una práctica asumida a distintos niveles, impulsada, promovida y propiciada de abajo hacia arriba y de arriba a abajo. Nos estamos refiriendo con ello, a la participación en la esfera pública, en el ámbito donde las administraciones legislan, planifican, organizan y ejecutan las políticas sociales.

Como consecuencia, con la participación ciudadana tiene que empezar a producirse un cambio dentro de las administraciones públicas que, en el ámbito de las políticas sociales, habían generado durante esta etapa anterior un contrapoder fáctico aún muy presente...

Echamos de menos en estos días un debate sobre el modelo de administración en las «nuevas» corporaciones, en los gobiernos del cambio. Deberíamos interrogarnos sobre las formas de organización interna, más allá de la transparencia de puertas afuera que tan de moda se ha puesto con la nueva política.

¿Son admisibles la permanencia de estilos de dirección autoritarios dentro de una administración pública?, ¿una estructura jerárquica y piramidal responde a las necesidades sociales en los gobiernos del cambio?, ¿cuáles son los mecanismos que habría que activar que permitan que las trabajadoras y trabajadores que nunca fueron escuchados, lo sean ahora?, ¿los que miraron hacia otro lado cuando se saqueaban los recursos comunes, tienen autoridad moral para seguir manteniendo responsabilidades de dirección y en la gestión?

En definitiva, cómo transformar una cultura administrativa, anclada en el paradigma burocrático-defensivo-endogámico, para adecuarla a las legítimas aspiraciones de reapropiación democrática de las instituciones por la ciudadanía.

No ha habido en el sector público ningún hecho bastante rompedor, bastante disruptivo que marque un antes y un después. Ahora nos encontramos con un «cambio de paradigma», la «nueva sociedad»... pero en la práctica, esto no se está traduciendo en una nueva formulación de la gestión pública... en un contexto de distanciamiento creciente entre los gobernantes y la ciudadanía (Graells, 2016).

Aquellas recetas que proclamaban alegre (e interesadamente) que la administración pública tenía que regirse con esquemas de la empresa privada para mejorar su eficacia y eficiencia, vinieron de la mano de aquella otra formulación «amable» de la *colaboración público-privada*, cacareada por políticos con intenciones poco honrosas y con unos resultados de sobra conocidos aquí en el País Valenciano. Ya no nos hablen más de ello por favor, ya no nos vengan con esos cuentos que ya hemos tenido suficientes Imelsas, Avapsas, Sedesas,...

Así pues, urge cambiar el modelo de gestión y dejar de externalizar, privatizar y engañar, porque todo lo que en este sentido se ha hecho nos aparta del control democrático sobre la gestión de los asuntos públicos y por tanto nos aleja también del camino de la participación ciudadana.

Compartimos plenamente la reflexión de Quim Brugué en pro de una administración deliberativa, cuando afirma que participación y gestión son las dos caras de una misma moneda. Hasta ahora la reflexión en torno a la participación ciudadana ha sido muy ajena a los modelos organizativos y a los estilos de gestión, incluso a veces se ha mostrado un cierto antagonismo entre los «participativos» y los «gerencialistas». Sin embargo, son dos mundos que deberíamos ver como complementarios, dos mundos que no pueden darse la espalda el uno al otro (Brugué, 2009).

Todo un reto, que encuentran resistencias internas en unas administraciones públicas ancladas en un modelo organizativo caduco, reacio a cambiar estructuras y procesos, condicionando, cuando no impidiendo por completo avanzar en los ejes sustantivos de la nueva política.

Las administraciones públicas están al servicio de la ciudadanía y hoy la ciudadanía reclama una nueva relación con las instituciones. Éstas tienen que cambiar para adaptar su organización a la nueva política, para que pueda surgir un nuevo modelo que incorpore la cultura de la participación, cuestionando lo que hoy, por la fuerza de la costumbre y por pura inercia seguimos –de alguna manera– dando por bueno sin serlo.

Rodríguez Villasante (2016) propone debatir cómo poder desbordar los atascos participativos en los municipios del cambio,

...construir –con aquella parte de los funcionarios y técnicos locales más democráticos e innovadores– algún circuito o espacio para la gestión local que encuentre soluciones más avanzadas y desbordantes que las prácticas tradicionales. La democracia interna en una administración se puede construir desde el principio, y es una ayuda inestimable. Depende de cada municipio, sobre todo después de tantos años de gestiones reaccionarias, pero siempre hay con quien

contar, y está la posibilidad de recurrir a asesorías externas. Pero la democracia se puede empezar por dentro de la propia administración¹.

En el ámbito de la intervención social hemos asistido a la sustitución de los tiempos y ritmos profesionales por los tiempos y la lógica de la gestión de prestaciones económicas.

Hace ya algunos años la fundadora del Trabajo Social alertaba de que las ayudas económicas por sí mismas, los subsidios y las limosnas no son suficientes. Decía Mary Richmond (1922): «El proceso de comprender a un cliente y de desarrollar en colaboración con él un programa de participación es, en esencia, un proceso democrático. El paternalismo no tiene cabida en él, ni tampoco lo tiene el ideal de lo mismo para todos».

Estimular la participación y el protagonismo del ciudadano o ciudadana que acude a los Servicios Sociales requiere tiempo porque tratamos con personas y problemas; aunque tengamos mayores recursos (tecnológicos, prestacionales...) estos son puramente procedimentales (Capdevila, 2016) y no pueden sustituir el sustrato relacional.

Carmen Rubí lo expresaba así, hace más de dos décadas, en su *Introducción al Trabajo Social* (1991), cuando afirmaba que: «el proceso de tecnificación con frecuencia olvida los aspectos humanos, morales, que son imprescindibles en el Trabajo Social... la técnica es un medio para lograr un fin, pero ella misma no puede proponer ni determinar el fin que debe alcanzarse. Tanto las normas de la conducta humana como los fines de la acción técnica pertenecen de forma próxima o lejana al campo ético o moral»... y concluía, «quisiéramos decir que la solución de los nuevos problemas sociales se encontrará en la participación y en la organización de las personas necesitadas y en la coordinación de los esfuerzos en la Acción Social» (Rubí, 1991:139).

Necesitamos recuperar los ritmos del Trabajo Social. Comprender es la esencia de nuestra profesión. Nuestra práctica no puede estar determinada por los continuos requerimientos político-administrativos, que desvirtúan nuestro trabajo. Necesitamos recuperar nuestro espacio, nuestro «saber hacer», para «poder hacer» en un este nuevo tiempo.

Hay que dejar trabajar a las y los profesionales si queremos impulsar un nuevo modelo social, hay que contar con ellas y ellos.

Articular una acción conjunta, transversal, desde diversos ámbitos (administración pública, universidad, colegios profesionales, colectivos, asociaciones, entidades...), desde la empatía y proximidad con la ciudadanía... abriendo el debate y viendo, de forma organizada y conjunta, cuales son las aportaciones que pueden alumbrar un nuevo modelo social.

Transitar de las demandas corporativas asentadas en la fragmentación heredada, a una acción colectiva va a ser clave para articular una alternativa nueva y

1. Véase en Tomás R. Villasante: «Atascos participativos y cambio», *Diagonal Periódico*. Disponible en <http://bit.ly/2eoncDU>

viable. Debate al que no es ajeno el propio Trabajo Social y las voces que expresan (a las que nos sumamos) la necesidad de una revisión de contenidos (¿reconceptualización?) para la activación de sus fundamentos en el ejercicio profesional presente y en este nuevo escenario.

Si no provocamos una «parada técnica», la inercia hará que el cambio sea sólo un artilugio de juego político y por tanto un espejismo. Hay muchos intereses para que todo siga igual y el ámbito local es un espacio idóneo para la práctica participativa.

No queremos acabar este punto sin recomendar las aportaciones desde la perspectiva feminista de autoras como Amaia Pérez Orozco, que nos resultan sumamente sugerentes y cuyas propuestas de construcción de lo común, socialización de los cuidados, el significado del buen vivir... amplían nuestra mirada y conectan con elaboraciones nuestras (Carta de Derechos) así como con inquietudes, debates y reflexiones colectivas de calado. Como ella expresa: «porque se trata de la vida y venimos de un ataque sistémico sobre ésta, el abanico de cómo posibles no pueden estar prefijados por el posibilismo ni la inercia» (Orozco, 2016:76).

2. Estado de la cuestión: su regulación actual y articulación en el País Valenciano

La autonomía personal junto a la colectiva ha de estar en la base de cualquier proyecto comunitario radicalmente democrático e inclusivo.

2.1. Por una Carta Valenciana de Derechos Sociales como proceso de construcción de la ciudadanía social comunitaria. Ca Revolta (2013)

La vigente Ley 5/1997 de Servicios Sociales de la Comunidad Valenciana crea, en su título IV *De la participación e iniciativa social y del voluntariado*, el Consejo Valenciano de Bienestar Social (CVBS) como: «órgano de participación social, asesoramiento y colaborador de la Generalitat en aquellas actividades que incidan en el campo de los Servicios Sociales». Su composición (artículo 43) queda constituida por un pleno donde están convocados todos los miembros del consejo (39 representantes). Su reglamento (Decreto 104/1998) contempla también la posibilidad de comisiones sectoriales «para el mejor funcionamiento del Consejo» a las que se les encomienda «la preparación y elaboración de estudios e informes que hayan de ser sometidos a la consideración del pleno». El artículo 12 del citado reglamento establece:

El funcionamiento del Consejo Valenciano de Bienestar Social vendrá definido por las siguientes reglas:

- a) El pleno se reunirá con carácter ordinario una vez cada cuatro meses como mínimo, y con carácter extraordinario cuando la importancia o urgencia de los asuntos así lo requiera por iniciativa del presidente del Consejo o de la mitad más uno de los miembros del pleno.

No obstante, como ya hemos mencionado, un modelo gubernamental reacio a asumir las sinergias participativas ha dejado prácticamente sin efectos estos dispositivos consultivos *macro* más pensado en su composición que en ser órganos dinamizadores de las instituciones²...

Si nos referimos a los centros especializados, la participación ha sido regulada a través de reglamentos de régimen interno o por medio de consejos (consejos de usuarios), que recogen básicamente el derecho a la participación en la programación y desarrollo de actividades y en la organización del centro, por sí mismo o a través de sus representantes legales (art. 43.e.3. del Decreto 91/2002 del G.V.), recogidas también en el articulado de distintos estatutos: Tercera Edad (art. 1.a y siguientes de la Orden de 20 de diciembre de 2005, por la que se regula el Estatuto de los usuarios de centros de Servicios Sociales especializados para la atención a personas mayores), Discapacidad (art. 40.a de la Ley 11/2003 de la G.V., sobre el estatuto de las personas con discapacidad), Menores (art. 8.n de la Orden 17 de enero de 2008, por la que se regula la organización y funcionamientos de los centros de protección y acogimiento residencial y de estancia de día de la Comunidad Valenciana), entre otros...

A nuestro entender, una participación que se subordina a un modelo social y a un modelo de atención que no es puesto en cuestión ni sometido a debate, es una participación condicionada, limitada, maquilladora y claramente insuficiente.

Por poner un ejemplo, asistimos a nivel internacional a un cambio en el modelo residencial de atención a las personas mayores. Tenemos un modelo institucional sanitario-hotelerero de residencias de la tercera edad que es un modelo caduco (Martínez, 2015) caracterizado por una organización con horarios y normas rígidas, escasa personalización y pocas oportunidades de que las personas decidan en su vida cotidiana. Surgen movimientos que son frutos del rechazo de la ciudadanía a la atención y modo de vida que ofrecen las clásicas residencias. Nacen de la consciencia de la incapacidad de las residencias tradicionales para ofrecer auténticos hogares donde las personas mayores puedan seguir teniendo control sobre su vida cotidiana y sentirse «como en casa».

Estos enfoques, ya desarrollados en algunos países europeos, han tenido alguna proyección y recorrido en el País Vasco (proyecto Etxean Ondo) y reflejo en otras Comunidades Autónomas como Castilla León o Cataluña; aunque son esfuerzos iniciales que van a requerir de mayores apoyos si se quiere responder a las necesidades y a la dignidad de las personas atendidas.

2. De ello puede dar cuenta tanto el retraso en la constitución del CVBS, así como la interrupción de las reuniones desde el 2011, siendo que el reglamento establece que el pleno se reunirá con carácter ordinario una vez cada cuatro meses como mínimo (art. 12.a).

En el campo de la diversidad funcional y de las políticas de atención a la dependencia estamos asistiendo, con el nuevo gobierno de la Generalitat, a una interlocución que abre la posibilidad a una participación (mesas sectoriales) en la configuración del nuevo modelo de atención. Es pronto aún para valorar los resultados, pero sin duda ha supuesto un punto de inflexión con respecto a la etapa anterior. Ha sido un sector muy maltratado, pues las familias se han visto obligadas a acudir a los tribunales para poder reclamar unos derechos que eran sistemáticamente boicoteados creando una de las situaciones más paradójicas, dramáticas y estrambóticas que pueden darse en política social.

Mención aparte, por su importancia, merece el ámbito de atención al menor. No hay que olvidar que el sistema de Servicios Sociales en el País Valenciano se articuló a partir de la creación de los equipos de intervención municipales diseñados para la prevención de la marginación del menor en medio abierto. Política que en aquel momento (principio de los 80) era complementaria a la desinstitucionalización y apostaba por un claro liderazgo de la administración en la configuración de un nuevo modelo organizativo sustituyente del régimen benéfico-asistencial (Ley 5/1989).

Sin ánimo de descontextualizar, creemos que hace falta abrir –de nuevo– un amplio debate social sobre el modelo de atención a los cuidados (Pérez-Orozco, 2006) y específicamente en el ámbito de protección de menores, en lo relativo a la *desresponsabilización* de la administración en el abordaje de las políticas de protección/tratamiento y la legitimidad del discurso hegemónico, así como de la organización y gestión de los dispositivos asistenciales y de la ideología que subyace en ellos.

Estamos ante el anuncio de una nueva ley de Servicios Sociales y tenemos la posibilidad de emprender un cambio de paradigma. Ahora es el momento...

3. Contexto de la política social, los derechos sociales y propuesta de participación social, en el ámbito general de los Derechos Sociales y de los Servicios Sociales en particular

3.1. El valor de la participación ciudadana en las políticas sociales

Razonar sobre política social y, además, formular reflexiones cuya pretensión sea, como es el caso, abordar el papel de la participación en la configuración de esa política social, ha de partir, necesariamente, de una constatación: que la política social es, antes que social, política. Esto es así tanto en este caso como cuando tomamos en consideración cualquier otro sector de las políticas públicas; es decir, las políticas son siempre, y antes que sectoriales, políticas.

Por tanto, ya podemos decir que la importancia de la participación ciudadana en las políticas sociales no admite discusión, pues decir política social significa que es imposible la ausencia de decisión pública. Incluso en el extremo caso de ausencia total de innovación en el ejercicio de la responsabilidad pública hay decisión pública. En efecto, hacer lo que se ha hecho siempre o no hacer nada son modalidades de decisión pública que no constituyen decisiones menores, por cuanto sus eventuales consecuencias pueden ser tan relevantes como la de cualquier decisión pública explícita y pro-activa.

Evitar el debate de la participación en el ámbito de la configuración del sistema público de Servicios Sociales sería tanto como negar el carácter político-público de un ámbito importantísimo de la política social. Los grandes males que aquejan y amenazan al conocido como cuarto pilar son el producto de decisiones políticas—esto es, de naturaleza política— adoptadas por quienes, probablemente, carezcan de la legitimidad para ello. La privatización de servicios, el escaso y además menguante esfuerzo presupuestario, la precariedad laboral de las profesionales, o la indefensión social de la ciudadanía frente a la insuficiencia y, muchas veces, insolvencia protectora de este cuarto pilar serían algunos de los problemas cuyo origen está, en ese déficit democrático del sistema.

La preocupación ciudadana por las características propias y definitorias de la participación política democrática—por ejemplo, la transparencia o la apertura— que se constata en la agenda pública produce un deslizamiento terminológico de consenso en virtud de la cual hablamos ya casi sólo de transparencia o gobierno abierto, como si fuera posible algo así como una participación democrática o un gobierno democrático opacos y cerrados. Este hecho es uno de los que evidencia la urgencia con la que una necesidad de primer orden reclama ser atendida: la necesidad de un ejercicio o uso público de la razón, honesto y significativo. La confusión conceptual y la ausencia de clarificación terminológica en el uso público de la razón amenaza con la frustración e impotencia, ocupando el espacio efectivo de realización política de la ciudadanía y, por tanto, de esperanza.

El uso público de la razón exige, para no ser un fraude, que cualquier propuesta o decisión pública sea sustentable en un razonamiento público reproducible por cualquiera sobre la base de conceptos de significado suficientemente compartido por la comunidad articulados mediante reglas discursivas explícitas y de validez también compartida. Hacer un alegato en favor de tal o cual política social pública, o sobre la importancia de configurar un sistema público de Servicios Sociales desde una perspectiva de los derechos sociales de ciudadanía, o sobre las consecuencias institucionales que cabe derivar del *dictum* o imperativo de la participación ciudadana no tiene más valor que ninguno si no somos capaces de precisar, al menos mínimamente, qué significado cabe atribuir a los graves conceptos involucrados: política social, público, derechos sociales, ciudadanía, participación ciudadana, Servicios Sociales, etc.

El poder per-formativo de la palabra es siempre innegable, y más en democracia, pero tal poder no alcanza a convertir el agua en vino; así, decir sistema público de Servicios Sociales no hace, por sí solo, que tal sistema sea sistema,

sea público y sea de Servicios Sociales. De hecho, a veces es preferible evitar decir lo que una determinada política pública debe demostrar. Ponemos un ejemplo: la Renta Garantizada de Ciudadanía (RGC) será lo que queramos que sea, pero si ha demostrado no ser algo es precisamente lo de ser garantizada. Por tanto, hubiera sido preferible llamarla de otro modo, y confiar a la puesta en práctica de esta política la puesta de manifiesto de su atributo pretendido: su carácter garantizado. De otro modo –esto es, del modo en que se ha hecho–, la palabra *garantizada* se ha tornado hueca, y allí donde el poder público pretendía, supuestamente, generar confianza, ha tenido lugar la desconfianza y la frustración. Si llegamos a la situación en la cual la palabra en general, y la palabra dada en particular, no valga realmente nada, ya no será sólo que la democracia sea inviable, sino que la comunidad misma, en cualquier forma mínimamente razonable y reconocible como tal comunidad, será una ficción sostenida sobre la base de tretas, tratos, trampas y, en definitiva, violencia y engaño.

3.2. Los derechos de participación como instrumentos de garantía de los derechos sociales

La conceptualización del sistema público de Servicios Sociales como cuarto pilar del Estado de bienestar tiene como presupuesto una concepción marcadamente contractualista del Estado Social. Así entendido, el Estado Social es una solución institucional para el conflicto social consistente en modificar el resultado distributivo de la dinámica de los mercados (de trabajo y de bienes y servicios, fundamentalmente) de forma tal que todos los actores concernidos y, a la vez, relevantes tengan razones suficientes para preferir el mantenimiento de la cohesión de la comunidad política a su fractura y eventual disolución. Asa Briggs (196:228) formuló una definición del Estado de bienestar que se compadece con esta idea y que podemos considerar de consenso:

«Un “estado de bienestar” es un estado en el cual el poder organizado es empleado deliberadamente (a través de la política y de la administración) en un esfuerzo orientado a modificar el juego de las fuerzas de mercado en al menos tres direcciones: primero, para garantizar a los individuos y familias un ingreso mínimo independiente del valor de mercado de su trabajo o propiedad; segundo, para reducir la amplitud de la inseguridad permitiendo a individuos y familias hacer frente a ciertas “contingencias sociales” (por ejemplo, enfermedad, vejez y desempleo), las cuales, de otro modo, conducirían a crisis individuales y familiares; y, tercero, asegurando que a todos los ciudadanos, sin distinción de estatus o clase, les son ofrecidos los mejores estándares disponibles de cierta gama acordada de Servicios Sociales».

La acción pública que el Estado despliega para la consecución de los objetivos apuntados puede revestir formas muy diversas que, sin embargo, son encuadrables en tres categorías básicas de acción pública: a) la acción regulatoria

de las relaciones sociales a través del Derecho, que confieren empoderamientos individuales y colectivos con los cuales la ciudadanía actúa en el juego del mercado, modulando su funcionamiento; b) las políticas públicas que configuran sistemas de transferencias de rentas; y c) y las políticas de servicios públicos, que resultan en una oferta pública desmercantilizada de bienes y servicios considerados básicos.

Otra distinción relevante entre las formas de acción pública del Estado de bienestar es aquella que subraya el momento del proceso de distribución social de los recursos económicos (rentas y riqueza, fundamentalmente) en el que las consecuencias de tal acción se manifiestan. Los economistas distinguen, en relación a la distribución social de la renta, entre distribución primaria, que es aquella que opera el mercado, y distribución secundaria, que es aquella que es efectiva una vez se aplican, sobre la distribución primaria, las políticas públicas de gasto e ingreso. De hecho, una forma habitual de evaluar las políticas características del Estado de bienestar es confrontando el valor de determinados indicadores de desigualdad *ex ante* y *ex post* a la aplicación de las políticas públicas.

También merece ser destacada la distinción entre políticas de gasto y políticas de ingreso. Las primeras son aquellas que implican salidas de recursos económicos de las haciendas públicas con destino a la ciudadanía, sea en la forma de rentas monetarias (transferencias), sea mediante la financiación de la producción y provisión pública de bienes y servicios que se entregan en especie a la ciudadanía. Las segundas son las que implican la detracción de recursos económicos del circuito económico privado con destino a esas haciendas públicas. El grueso de éstas conforma la política fiscal, pero no toda política de ingreso es política fiscal; a modo de ejemplo, no es política fiscal, en puridad, aquella que determina la financiación del sistema de Seguridad Social.

Una última distinción a considerar, es la que diferencia entre políticas públicas de demanda y políticas públicas de oferta. Las teorías explicativas del Estado de bienestar suelen ser clasificadas, desde la economía política, entre teorías centradas en el papel de la demanda ciudadana de políticas de bienestar al Estado y teorías centradas en el papel de los actores que se sitúan y operan en el seno del entramado político-institucional del Estado, entendido éste en un sentido lato, y que tienen motivaciones sustantivas, inherentes a su posición característica, para que el Estado oferte y expanda las políticas de bienestar (Ochando, 1999). Las explicaciones del surgimiento y expansión del Estado de bienestar que enfatizan factores socio-demográficos, o factores de conflicto de clase, o las que centran su atención en la competencia político-electoral por los recursos de poder que administra la ciudadanía suscribiendo unas u otras opciones políticas para que ejerzan la función de gobierno son explicaciones de demanda. Las explicaciones de oferta parten de la crítica de la concepción del Estado como un ámbito neutro en el cual se dirimen conflictos de intereses (de clase, de grupos de poder más o menos organizados, etc.), y afirman que los actores que conforman tal Estado (burocracias, elites profesionales, cuerpos intermedios, etc.) tienen genuinos intereses por desarrollar y expandir

políticas públicas que reproducen y amplifican sus recursos de poder: legitimación, estatus, influencia, etc.

La participación ciudadana adquiere un significado, una función y un alcance (considerado éste por su potencial impacto en la conformación de las decisiones públicas), muy distinto según cuál sea la política pública que se considere. Consideramos seguidamente tres políticas públicas típicas del Estado de bienestar y respectivamente paradigmáticas de los tres tipos básicos de acción pública. Identificamos en ellas el momento del proceso distributivo en el que actúan y el bien (en un sentido lato del término) que desmercantilizan. Salvo para la política de tipo regulatorio, la distinción política de gasto/ingreso es descriptivamente relevante, pero más lo es, desde el punto de vista de la importancia potencial que en las políticas pueda tener la participación ciudadana, la vinculación que pueda haber entre decisiones públicas de gasto e ingreso; vinculación ésta que consideramos que se da en el grado o medida en que los mismos sujetos legitimados mediante derechos de participación para incidir en la decisión de gasto lo están también para incidir en la decisión de ingreso que sustentaría ese gasto. Estas tres políticas son, también, distinguibles en atención al tipo de factores de demanda o de oferta que son dominantes en relación a lo que explica su existencia y su mantenimiento.

Cuadro 1

	Tipo de acción pública	Nivel distributivo	Bien desmercantilizado	Gasto/Ingreso	Factores explicativos	
					Actores de demanda	Actores de oferta
Derechos de negociación colectiva	Regulatoria	Primaria	Posiciones de poder en el mercado de trabajo	-----	Población asalariada	Sindicatos de trabajadores
Prestaciones económicas de la Seguridad Social	Sistemas de transferencias	Secundaria	Rentas	Gasto (prestaciones) e Ingreso (cotizaciones)	Población perceptora de prestaciones y población con expectativas	Sindicatos Burocracia diferenciada de la Seguridad Social
Educación	Servicios públicos	Primaria (producción pública) y secundaria (oferta pública)	Servicios de educación	Gasto	Ciudadanía	Docentes públicos Comunidades escolares organizadas Universidades, academia

Fuente: Elaboración propia

El sistema público de Servicios Sociales constituye un conjunto de políticas públicas que serían encuadrables, fundamentalmente, en la segunda y la tercera categoría de acción pública, es decir, de transferencias y de producción y oferta de bienes y servicios más o menos desmercantilizados. El de Servicios Sociales es un sistema especialmente dominado por políticas de gasto, pues su financiación con cargo a la fiscalidad general sin que exista prácticamente ninguna garantía de financiación específica implica que cualquier proceso decisorio en Servicios Sociales tenga como restricción no alterable la disponibilidad presupuestaria fijada desde afuera del sistema. Por ello, el potencial papel y alcance de los derechos de participación en el sistema de Servicios Sociales es de antemano muy limitado. Algunas notas que evidencian esta afirmación son las siguientes:

- De acuerdo con la definición de Briggs, el contenido prestacional de un sistema de protección como sería el de Servicios Sociales es de determinación política («gama acordada de Servicios Sociales»). Por tanto, la participación ciudadana en un esquema así concebido tiene una función en el proceso de determinación de la composición cualitativa de los resultados del sistema en términos de extensión protectora (¿qué se protege?).
- La capacidad de incidir en las decisiones públicas de Servicios Sociales a través de la participación ciudadana no es comparable a la que, por ejemplo, se da en el sistema de relaciones colectivas de trabajo o en el sistema de Seguridad Social, puesto que la ciudadanía destinataria de Servicios Sociales no opera con empoderamientos comparables a los que ostenta en los procesos decisorios públicos que afectan al sistema de empleo o de Seguridad Social.
- El desacoplamiento absoluto entre políticas sociales de gasto y de ingreso en Servicios Sociales, al punto de que las políticas de ingreso que financian los Servicios Sociales no son reconocibles como tales, pues se encuadran en la política fiscal general, supone que el mejor sistema de derechos de participación imaginable en Servicios Sociales no tendría ninguna virtualidad en lo concerniente a las decisiones públicas que fijan el esfuerzo público en este ámbito. Por tanto, la participación ciudadana no tiene, en Servicios Sociales, ninguna capacidad de modular no ya la extensión protectora, sino su intensidad. Cabe, sin duda, una incidencia ciudadana en el grado de relativo de la intensidad protectora de unas prestaciones o servicios de Servicios Sociales frente a otros, pero sin que ello tenga un impacto relevante la intensidad protectora agregada del sistema. Como riesgo reseñable vinculado a esta realidad está la potencial transmutación de los derechos de participación ciudadana en empoderamientos para la concurrencia de colectivos ciudadanos en procesos decisorios públicos presididos, a la postre, por la rivalidad y la competencia.

El paradigma bienestarista del Estado Social, por su marcado carácter contractualista que subrayábamos arriba, supone una limitación clara de origen a la hora de poder transitar a un modelo basado en la ciudadanía social. Si las políticas de

bienestar son, en realidad, soluciones de compromiso en un modelo de interacción entre actores con empoderamientos muy distintos que concurren competitivamente sobre unos mismos recursos colectivos, el grado de realización de la justicia social que el Estado de bienestar pueda realizar será, en todo caso, un resultado contingente.

Si los objetivos del Estado de bienestar son cierto grado no preestablecido de reducción de la desigualdad, la limitación del alcance de la pobreza y el aseguramiento de cierto grado de bienestar general a través de una provisión más o menos pública y más o menos general de determinados bienes y servicios considerados básicos de un modo convencional, entonces se deberá aceptar que la finalidad de tal Estado no es la realización de la ciudadanía social, sino la garantía de la estabilidad social que se reputa como necesaria para la preservación de un modelo socio-económico que, en el fondo, se consideraría correcto. Por contra, fijar como finalidad pública del Estado Social la garantía de un sistema de derechos sociales que es característico de la ciudadanía social (cfr. Rey-Pérez, 2013) supondría que el diseño de los sistemas de protección y, dentro de cada uno de ellos, las políticas públicas que en ellos se encuadran debería ser el producto de un proceso decisorio público participado por la ciudadanía en orden a la consecución de la realización de tales derechos.

La reconceptualización del sistema público de Servicios Sociales desde la perspectiva de los derechos sociales –y, por tanto, de la ciudadanía social– requeriría atender a una serie de consideraciones que exponemos sintéticamente:

- No se trata de referenciar el sistema a un derecho de nuevo cuño, cual sería, típicamente, el derecho a la inclusión (cfr. Fantova, 2008)³, pues obvio resulta que tal derecho no sería, en modo alguno, característico del cuarto pilar. ¿Acaso no persiguen los sistemas de educación, o de salud, o de Seguridad Social preservar y promover la inclusión social de la ciudadanía? La inclusión, de tenerse que determinar jurídicamente, no podría ser otra cosa que la inclusión en una comunidad en la que lo relevante es el pleno disfrute del conjunto total de los derechos de ciudadanía, incluidos los sociales. Cualquier sistema de protección protege (o debería proteger) tal cosa, precisamente por la vía de hacer efectivo aquello que le resulta característico: el derecho a la educación, a la salud, al empleo, etc.
- La autorreferencialidad tampoco resuelve nada. Defender el derecho a los Servicios Sociales como derecho característico del cuarto pilar sería tanto como defender como derechos sustantivos el derecho a un sistema educativo o a un sistema de salud, obviando que tales sistemas no se anudan a sí mismos, sino, respectivamente, al derecho a la educación o a la salud. El

3. Fantova (2008: 43-46), tras discutir los habituales lugares comunes que distintas autoras proponen como *bien* u objeto característico del derecho social que protegería el sistema público de Servicios Sociales, termina por defender que el derecho social específico del cuarto pilar sería la interacción o vínculo humano. Llamémosle inclusión social.

sistema público de Servicios Sociales no es ni puede ser objeto del derecho a cuya satisfacción se debe, sino garantía de tal derecho.

- Los derechos de participación en el sistema público de Servicios Sociales han de tener el mismo contenido y alcance que el que se pretenda para cualquier otro sistema de protección. Más que eso, los derechos de participación no han de atender tan sólo a su fundamentación deontológica en el principio democrático, sino también a su justificación consecuencialista, a saber, que la participación ciudadana en todo el ciclo de las políticas públicas opera como garantía ordinaria e interna al sistema de los derechos sociales a cuya realización tal sistema se debe.

Los derechos de participación en el sistema se presentan, así, como empoderamientos para la autotutela ciudadana de aquellos de sus derechos sociales que se ha de garantizar por el sistema. Algunos de los rasgos que deberían tener los derechos de participación para ser, en tal sentido, significativos son los siguientes:

- a) Han de ser procedimentalmente relevantes en los procesos de diseño, implementación y evaluación de las políticas sociales que se encuadran en el sistema. Es decir, no se trata sólo de que haya una mayor o menor incidencia sustantiva de la participación en los resultados, sino que determinados aspectos esenciales de los procesos de participación se conduzcan con arreglo a pautas controlables que, de no respetarse, comprometan la validez de la decisión pública.
- b) La participación ha de alcanzar a la asignación de los recursos públicos no sólo dentro del sistema—esto es, entre las distintas políticas— sino entre los distintos sistemas de protección. Por tanto, los procesos participativos han de alcanzar tanto a la decisión pública presupuestaria como a las decisiones de política fiscal.
- c) Los diseños de las políticas han de contemplar no sólo la eficacia protectora de la misma, sino su capacidad para conferir empoderamientos concretos a la ciudadanía, así como su potencial para coadyuvar la conformación de identidades colectivas, dignificarlas, y, negativamente, evitar la producción de situaciones que estimulen la rivalidad o los entendimientos desleales entre distintos actores al margen de los circuitos formalizados y legitimados para la participación.

La configuración de procedimientos de elaboración de normas y programas que incorporen trámites de participación concretos de actores con capacidad de ejercer funciones no sólo propositivas, sino también de control y tutela colectiva de derechos sociales sería una de las consecuencias institucionales más inmediatas de estas ideas. La posibilidad de auditar y supervisar la eventual puesta en marcha de medidas sociales regresivas, y de controlar su pretendida congruencia y proporcionalidad a los fines que quienes las defiendan digan promover, así como el mayor valor de éstos a aquellos que se sacrifican, es algo que debe estar en cualquier marco de derechos de participación.

En definitiva, y como conclusión de este razonamiento, los derechos de participación en Servicios Sociales no desempeñan en este sistema público una función ni menor ni independiente de la capacidad del mismo para garantizar los derechos sociales. Sin perjuicio de que constituyan un requerimiento de la proyección al sistema del principio democrático, el ajuste del sistema a su misión como garantía institucional de la ciudadanía social está íntimamente ligado a su capacidad de incorporar esos derechos de participación. Éstos, y no otra cosa, son los que imprimen al sistema su naturaleza garantizadora de derechos sociales. La función de la participación es, por tanto, la garantía de los derechos que es interna al sistema y que opera de ordinario, *ex ante*; es, de otro modo, la institucionalización por el sistema de la autotutela en el sistema. Se dice, con razón, que la activación de las fórmulas de heterotutela, entre las que destaca la tutela judicial, ponen de manifiesto no el correcto funcionamiento del sistema, sino su fracaso como garantía institucional de los derechos, pues la heterotutela se produce siempre después de la vulneración del derecho. En síntesis, la incorporación de derechos de participación al sistema de Servicios Sociales es un imperativo de la adecuada conceptualización de éste desde una perspectiva de derechos sociales, pues la naturaleza de éstos es la que elocuentemente subrayaba el jurista italiano Luigi Ferrajoli (1995: 945) cuando afirmaba que:

Puede afirmarse tranquilamente que, en la historia del hombre, no ha habido ningún derecho fundamental que haya descendido del cielo o nacido en una mesa de despacho, ya escrito y redactado en los textos constitucionales. Todos son fruto de conflictos, a veces seculares, y han sido conquistados por revoluciones y rupturas, al precio de transgresiones, represiones, sacrificios y sufrimientos.

3.3. Propuesta de participación social

La acción comunitaria debe permitir a las colectividades transitar de una identidad de resistencia a otra identidad de proyecto. La primera es reactiva, en tanto que la segunda habilita la articulación de proyectos democráticos de participación ciudadana en clave transformadora.

El hecho comunitario no es posible sin el reconocimiento del derecho a decidir cómo derecho colectivo primordial. Las comunidades deben ser el contraponer de los grandes poderes políticos y económicos, al punto de poder influir decisivamente en sus decisiones, e incluso de poder vetar proyectos antisociales o que atenten contra la propia articulación de la comunidad.

Derecho a un Sistema Público de Servicios Sociales, que garantice el acceso a las prestaciones básicas como derecho de ciudadanía, que asegure la igualdad de oportunidades, la promoción de la autonomía personal y la atención a las personas en situación de dependencia y evite los procesos de exclusión social.

Derecho a la autogestión del propio cuerpo; a escoger en igualdad entre las diferentes opciones vitales (profesionales, personales, de identidad de género, de

modelos de convivencia) y a que el género no sea un factor adicional de riesgo social y vital.

3.3.1. Por una Carta Valenciana de Derechos Sociales como proceso de construcción de la ciudadanía social comunitaria. Ca Revolta (2013)

Más que de participación
hemos de hablar de coproducción política de la ciudadanía.
Joan Subirats

¿Cómo articular este proceso complejo de transición que proponemos de un modelo inservible pero con capacidad de reproducción automática y acomodo en las estructuras inmovilistas del aparato burocrático, a un nuevo modelo que incorpore la cultura de la participación en los distintos niveles?

Estos apuntes anteriores tendrían un sentido meramente testimonial si no pudiéramos avanzar en propuestas concretas. Llevamos un año con nuevos gobiernos que han accedido a las instituciones valencianas reivindicando un componente social como no veíamos desde hace décadas. Se han incorporado compañeras y compañeros con experiencia y conocimiento en el ámbito de los Servicios Sociales a puestos de gran responsabilidad como tampoco antes había pasado.

Durante muchos años la interlocución de las y los profesionales del ámbito social con la administración de la política social gubernamental fue, no sólo nula, sino antitética. Los responsables políticos de la etapa anterior negaron sistemáticamente el diálogo con las entidades sociales que no aceptaban formar parte de su enorme campo clientelar, de igual forma que ignoraron a los colectivos profesionales que mantuvieron la coherencia con la defensa de los derechos sociales.

Hoy los profesionales del Trabajo Social son tenidos en cuenta y pueden influir en la política social porque un buen número de ellos han sido incorporados a puestos directivos por el nuevo gobierno valenciano. Pero necesitamos incorporar al conjunto del cuerpo profesional y del tejido social más alternativo en la trama del cambio, para –con un espíritu comprometido y crítico, a la vez– darle a dicho cambio el impulso necesario que nos lleve a buen puerto en la construcción de un nuevo modelo social de progreso y auténtica justicia social

Desde cualificados ámbitos del Trabajo Social, son muchas las y los profesionales que reclaman un cambio de paradigma y también poder formar parte de este proceso. Si nos olvidamos de ellos, estamos convencidos de que estaremos condenando al nuevo modelo a un posible fracaso.

El nuevo modelo social que debe fraguarse, después de 20 años de contracción del sistema de Servicios Sociales y de recortes continuados de derechos sociales, necesita de la concurrencia de muchos actores sociales. Son demasiados años de una gestión pública nefasta y que no tiene parangón alguno en ningún rincón del Estado Español. Además del deterioro político e institucional alcanzado por los gobiernos del Partido Popular valenciano, tanto de la Generalitat Valenciana como

de las Instituciones Públicas más relevantes, también nos dejan, como «valor añadido», un enorme lastre de corrupción en el ámbito del bienestar y los derechos sociales y como botón de muestra tenemos que, a día de hoy, se da la circunstancia de que de nueve *consellers* y *conselleres* que han pasado por la antigua Conselleria de Bienestar Social, a un promedio de un *conseller* cada dos años, cuatro de ellos están imputados, condenados y uno de ellos en la cárcel.

Construir un nuevo modelo social valenciano que garantice los derechos sociales, propios de un Estado Social, Democrático y de Derecho, es, hoy por hoy, un gran desafío y dada la penuria de recursos y de financiación de la que partimos, creemos que solo se podrá ir haciendo realidad impulsando un proceso de construcción del nuevo modelo cuyo eje central de la estrategia a seguir sea el de dar protagonismo a una amplia participación ciudadana. Un proceso que empiece, por un lado, en fijar el capítulo de los derechos sociales inalienables y por otro, los objetivos –los más inmediatos, pero también a medio y largo plazo– y por extensión las prioridades, los modelos administrativos, los ámbitos de decisión y los textos legislativos que los avalan.

Hemos dicho más arriba que hablar de participación es hablar de democracia. También hemos matizado sobre el hecho de considerar a las y los ciudadanos como tal y no como meros «usuarios».

Somos conscientes de que a la hora de plantear procesos de participación ciudadana hay que tener en cuenta algunas cuestiones y que de entrada, problematizan dichos procesos. En este sentido hemos de plantearnos algunos condicionamientos de fondo:

- No se nos escapa el hecho de que, en relación a la participación social y política, existe en nuestro país una cultura de la delegación política muy potente.
- Partimos de una débil cultura participativa que es producto de, por un lado, de la pesada losa histórica que hunde sus raíces en los larguísimos periodos que este país ha estado gobernado por dictaduras y a ello habría que añadir que el proceso de transición democrática estuvo muy lastrada por dichos periodos dictatoriales.
- Para una efectiva participación de la ciudadanía en el desarrollo social y comunitario hemos de convencernos de que hay que interiorizar el hecho de que las y los ciudadanos tenemos que dedicar una parte de nuestro tiempo cotidiano a intervenir en la cosa pública. De otra forma, el resultado de cualquier proyecto de profundización democrática, más allá de cualquier proclama retórica favorable a la participación, quedará en un brindis al sol.
- También cabe hacerse una pregunta: ¿se puede codificar en una futura ley de Participación Ciudadana todas las posibilidades y contingentes que se nos presentan continuamente, para que esta sea efectiva?
- ¿Es realista pensar que es posible una propuesta de profundización democrática en estos tiempos líquidos, cargados de incertidumbre y de rápidos cambios?

- ¿Es creíble la posibilidad de contar con mayorías sociales dispuestas a construir un modelo social alternativo a lo existente, como un paradigma nuevo que puede desarrollarse en los marcos y con las dinámicas en que se mueve el proceso de globalización en curso?
- ¿Hay suficiente masa crítica en nuestra ciudadanía para enfrentar este desafío democrático teniendo que desenvolvernos en el marco de un proyecto de mundialización económica-financiera y del que cabe resaltar que sus principales características son la merma de las soberanías nacionales y el desplazamiento de los centros de poder hacia grandes corporaciones internacionales –tanto públicas como privadas– que actúan sin ningún control democrático?

Pero también hay luces en el horizonte y la realidad, al menos en nuestro país, observamos cómo está cambiando a buen ritmo y desde la eclosión del movimiento 15M hay que resaltar la incorporación de amplios sectores de la juventud al activismo social y al compromiso político.

Ciertamente estamos en un tiempo de cambios y lo que define una forma democrática y de progreso social que impulsa políticas sociales para las personas, para los grupos sociales vulnerables y para las comunidades humanas y las diferencias de otras formas políticas refractarias a los derechos sociales de ciudadanía y gobernadas al dictado de las élites económicas, hay que situarlas en la calidad de la democracia que se pretende construir y que como hemos repetido a lo largo de este trabajo ha de ser radicalmente más participativa que lo que tenemos en la actualidad.

Así pues, cuando hablamos de participación ciudadana en relación a los derechos sociales en general y los Servicios Sociales en particular, podemos observar luces y sombras que se proyectan sobre cualquier propuesta más concreta.

Hemos de observar la diferencia existente entre los colectivos sociales que están situados en el territorio de la pobreza y la exclusión social y los de otros grupos humanos que se ubican en sectores de la clase obrera –industrial o agraria– que aun teniendo trabajo siguen situados en zonas de pobreza o amplios sectores de clases medias a las que la crisis les ha llevado a una situación de absoluta precariedad. La participación en el desarrollo comunitario, en los ámbitos de la solidaridad social, en los compromisos ciudadanos colectivos para exigir a los poderes públicos el cumplimiento de los derechos humanos y la protección pública en situaciones de indefensión o dependencia de estos sectores más vulnerables y otras capas sociales que mantienen una cierta estabilidad socioeconómica no es nada fácil de articular.

En conclusión no se trata de substituir un despotismo democrático pero conservador por un despotismo democrático pero ilustrado. En cualquier caso, un proceso de participación en el ámbito de los derechos sociales y por extensión en los Servicios Sociales para el presente y el futuro habrá de reflexionar y considerar dos consideraciones:

En primer lugar, las sombras que se proyectan sobre una propuesta concreta de participación ciudadana vienen dadas por lo que hemos señalado respecto a la desconsideración institucional con los gobiernos del PP durante estos últimos veinte

años –que conocemos hasta ahora– y que hemos apuntado en diferentes apartados a lo largo del texto.

En segundo lugar, en las múltiples luces que se proyectan desde los nuevos gobiernos autonómicos y locales del cambio, también vemos que aparecen algunos espacios de sombras: El predominio de los instrumentos telemáticos sobre los encuentros presenciales, los límites de algunas de las ofertas institucionales son bastante clamorosos en relación a ámbitos legislativos y de prioridades de financiación, una discrecionalidad de la administración en establecer las normativas de participación, ... y todo ello, aceptando que no hay ninguna demostración empírica que pueda asegurar que una mayor audacia, en delegar determinadas propuestas para la participación ciudadana, garantiza –de entrada– que esta se vaya a producir de manera amplia en tanto se mantenga el bajo nivel de desarrollo comunitario que se da en la actualidad.

4. Bibliografía

- BRIGGS, A. (1961): The Welfare State in Historical Perspective, *European Journal of Sociology*, vol. 2, núm. 2, pp. 221-258.
- BRUGUÉ, Q. (2009): «Una administración que habla es una administración que piensa.» en CELAYA, I. ET AL. (coords.), «Participación Ciudadana» para una administración deliberativa, Zaragoza: Gobierno de Aragón (Acceso el 16 de septiembre de 2011, <http://bit.ly/1fYcJJe>)
- BRUGUÉ, Q.; BOADA, J.; Y BLANCO I. (2013): *Els motors de la innovació a l'Administració pública*. Barcelona, Escola d'Administració Pública de Catalunya. [Disponible en: <http://bit.ly/2e1MKtt> (último acceso el 16 de octubre de 2016)].
- CA REVOLTA. (2013): *Per una Carta Valenciana de Drets Socials com a procés de construcció de la ciutadania social comunitària*. Valencia, Ca Revolta.
- COMITÉ INVISIBLE. (2015): A nuestros amigos. Logroño, Pepitas de Calabaza Ed.
- FANTOVA, F. (2008): «Sistemas públicos de Servicios Sociales. Nuevos derechos, nuevas respuestas.», *Cuadernos de Derechos Humanos*, núm. 49 (monografía).
- FERRAJOLI, L. (1995): *Derecho y razón*, Madrid, Trotta.
- GRAELLS, J. (2016, 27 de junio): «Governs transparents i oberts» Els Spin Doctors, 74 [emisión de radio] Barcelona: Catalunya Radio.
- MARTINEZ, T. (2013): La atención centrada en la persona. Algunas claves para avanzar en los servicios gerontológicos
- OCHANDO, C. (1999): *El Estado del bienestar. Objetivos, modelos y teorías explicativas*, Barcelona, Ariel
- PACHECO, P. (2009a). *Trabajo Social, crisis y modelo social valenciano*. Inédito. [Hay una versión disponible en: <http://bit.ly/2dXXaJm> (último acceso el 8 de octubre de 2016).]
- PACHECO, P. (2009b): «Model social valencià: renda ciutadana i crisi», *Levante EMV*, 14 de noviembre.

- PÉREZ-OROZCO, A. (2016): «Políticas al servicio de la vida: ¿políticas de transición?», en FUNDACIÓN DE LOS COMUNES (ed.), *Hacia nuevas instituciones democráticas. Diferencia, sostenimiento de la vida y políticas públicas*, pp. 61-102. Madrid, Traficantes de Sueños. [Disponible en: <http://bit.ly/2egeedr> (último acceso el 11 de octubre de 2016)]
- PÉREZ-OROZCO, A. (2006): *Perspectivas feministas en torno a la economía: el caso de los cuidados*. Madrid, Consejo Económico y Social.
- PASTOR, E. (2006). «La participación ciudadana: principio ético de la intervención profesional desde los Servicios Sociales municipales.» *Acciones e Investigaciones Sociales*, núm. extraordinario 1, pp. 234-236. [Disponible en: <http://bit.ly/2eie7Bq> (último acceso el 16 de octubre de 2016).]
- PASTOR, E. (2013): Ciudadanía y participación en contextos de fractura y exclusión social. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, 22, pp. 91-103.
- REY-PÉREZ, J. L. (2013): ¿Cómo (re)inventar el estado de bienestar en España?, *Icade. Revista cuatrimestral de las Facultades de Derecho y Ciencias Económicas y Empresariales*, núm. 90, pp. 33-66.
- RICHMOND, M. (1922): *El caso social individual*. [Disponible en: <http://bit.ly/2e1Mxq7> (último acceso el 16 de octubre de 2016)].
- RUBÍ, C. (1991): *Introducción al Trabajo Social*. Barcelona, Escola Universitària de Treball Social. Col·lecció EUGE.
- RODRÍGUEZ-VILLASANTE, T. (2016): «Atascos participativos y cambio.» *Diagonal*, 22 de febrero. [Disponible en: <http://bit.ly/2dXYFan> (último acceso el 16 de octubre de 2016)].
- RODRÍGUEZ-VILLASANTE, T. (2015) «Lecciones de las transiciones.» *Diagonal*, 8 de septiembre. [Disponible en: <http://bit.ly/2dXZwYC> (último acceso el 16 de octubre de 2016)].

13 La calidad en los Servicios Sociales. Situación actual y propuestas de futuro

Miguel García Aya
José Enrique Sánchez Menaya

«La incorporación de la calidad es una exigencia ética para los sistemas de bienestar social (...) la finalidad perseguida no debe ser la mejora de la calidad de los servicios sino la mejora de la calidad de vida de las personas»
Barriga, L.A. (2000)

1. Introducción: el camino hacia la calidad en Servicios Sociales

Conviene precisar desde el inicio que no existe una definición universal de calidad en su acepción común. Coexisten sobre el concepto distintas visiones y perspectivas que a lo largo de la exposición se irán planteando.

Como consecuencia de este hecho general, en la incorporación y aplicación de la calidad al campo de los Servicios Sociales, también se genera una cierta dispersión conceptual (Martínez-Tur et al., 2001 y Moulin, 2003).

Por un lado, encontramos definiciones que destacan la satisfacción del cliente, entre las que sobresalen las de Joseph Juran y William Edwards Deming. Y, por otro, encontramos las definiciones que vinculan la calidad con el cumplimiento de requerimientos o requisitos, como la de Philip Crosby o la contenida en las normas ISO 9000.

En una línea que une ambas perspectivas, destacaríamos la definición de calidad de Kaoru Ishikawa: «El trabajo en calidad consiste en diseñar, producir y servir un bien o un servicio que sea útil, lo más económico posible y de manera que siempre satisfaga a la persona usuaria».

En términos sintéticos, por su generalidad y grado de acuerdo, podemos decir que la calidad es un deseo, una cualidad, un bien preciado, una bondad o un grado de reconocimiento que acompaña a los sujetos o hechos que así pueden ser calificados.

Es evidente que, si hay distintos enfoques y puntos de vista diferentes, tal vez complementarios, el concepto de calidad debe ser interpretado en relación con su grado de acuerdo entre todos los actores y grupos que participan en la valoración. Así, un centro, un servicio, o un programa de actuación puede participar de la idea de calidad de manera análoga o discrepante si es valorada por los usuarios y usuarias, por el colectivo de profesionales y trabajadores que desarrollan los servicios, o bien por el personal directivo, o por las administraciones o entidades que pueden colaborar en la financiación, o por entidades de apoyo, supervisión y evaluación.

En las intervenciones sociales coexisten diferentes enfoques, visiones y análisis de los resultados. Pero, aunque resulte obvio lo que vamos a señalar, no podemos dejar de expresar la necesidad de evaluación de las actuaciones en el campo de los Servicios Sociales.

Porque evaluación y calidad son términos que no pueden estar separados: La calidad parte de una evaluación ajustada a las estructuras, los procesos y los resultados. No puede haber calidad sin evaluación sistemática y metódica; no puede haber calidad sin la participación de gestores y actores de las actuaciones y no puede haber calidad sin conocimiento de la valoración de las personas que utilizan o se benefician de los productos o de los servicios.

La calidad, transferida desde el mundo empresarial, consensuaba las especificaciones entre el demandante del producto y su productor o ejecutor, lo que nos deriva al concepto de normalización. Normalización que significa establecer estándares sobre lo demandado y lo esperado. En este sentido, las normas ISO es un referente esencial para hablar de la calidad y para la extensión desde el campo productivo al de los servicios.

Ésta es una de las visiones anteriormente señaladas, que la podemos sintetizar en «establecer los acuerdos entre lo demandado y lo recibido». Aplicada al campo social, podríamos definirla como «el ajuste entre lo que necesitan los beneficiarios y beneficiarias y los servicios a los que puede acceder, dispensados desde las administraciones o desde la sociedad civil».

La extensión de los principios de la normalización y de la certificación de la calidad posterior, en cuanto a una exigencia de seguridad y de bondad en los productos y servicios, ha llegado desde el mundo industrial al de las administraciones y al de las organizaciones.

En resumen, podemos concluir que la metodología (el ¿cómo hacer?), es ya una condición ineludible a las actuaciones, sean de la índole que sean. Y esta necesidad sistemática de actuación rigurosa nos conduce a la planificación, a la organización, a la evaluación y al control de resultados.

Desde el ámbito industrial, la mejora continua es una característica que impone el mercado. En el campo de los servicios públicos es una obligación y una responsabilidad en la ejecución de los presupuestos dirigidos a la población. En el marco de actuación de los Servicios Sociales, donde coexisten multitud de necesidades y escasez de recursos, la obligación en la responsabilidad de la gestión presupuestaria debe obligar a extremar los cuidados en el diseño, control y evaluación de las actuaciones, centros, servicios y proyectos.

Moulin (2003) ofrece la siguiente definición de la calidad en los servicios sanitarios y sociales: «La satisfacción de las demandas y expectativas de los usuarios del servicio y de otros grupos de interés, manteniendo los costes en un mínimo».

Desde el mundo empresarial la calidad nace para mejorar acuerdos entre el demandante y el ofertante de un producto para aumentar los beneficios, siendo el demandante el que indica lo que necesita. Es éste el que impone los requisitos, las especificaciones. Citando el ejemplo clásico, es el demandante el que dice qué tipo de tornillos necesita, su tamaño, grosor, material, resistencia, etc. Y para ello espera la oferta más adecuada a sus necesidades.

Aplicada al ámbito social, igualmente el demandante es el que debe participar y poder explicitar sus necesidades. Así, en la medida que se cumplan estas expectativas o se cubran unas necesidades explicitadas (demandas), es decir, en la medida en que se produzca la resolución de los problemas desde la perspectiva de quien las padece, en esa misma medida se producirá una evaluación positiva. Nos parece fundamental subrayar el papel de usuarios y beneficiarios de las actuaciones sociales en los procesos de calidad (participación, evaluación).

William E. Deming, mejoró el círculo de calidad propuesto por Shewhart, transformándolo en un proceso de mejora continua (PDCA), a través de cuatro etapas: Planear, Hacer, Verificar y Actuar, que se repiten cíclicamente:

- Planificar (en inglés, Plan): se deben de fijar las metas u objetivos. Determinar métodos para alcanzar las metas.
- Hacer (Do): se proporciona formación y se asegura la ejecución según lo planeado.
- Verificar, comprobar (Check): se mide, durante y al final de los procesos, detectándolos problemas y analizando las causas y efectos.
- Actuar (Act): una vez realizado el análisis se toman las acciones correctoras necesarias para evitar la repetición de los errores y problemas y se alimenta el sistema con las lecciones aprendidas.

Afortunadamente, ya todas las leyes autonómicas españolas de Servicios Sociales incluyen, en su articulado, referencias a la necesidad de participación de la ciudadanía en la construcción de los sistemas públicos de Servicios Sociales.

Por otro lado, debemos tener en cuenta que las actuaciones sociales deben integrarse en un modelo, en un sistema, en una arquitectura de los servicios que se dirigen a la ciudadanía. Esto nos conduce a la responsabilidad de la gestión pública para diseñar, organizar y gestionar centros y servicios que, en última medida, se transforman en un conjunto de prestaciones ensambladas. Prestaciones muy concretas: alimentación, alojamiento, atención y solución ante dificultades, información, apoyo, orientación... Y también en procesos de protección de la autonomía, de atención educativa y/o sanitaria, de obtención de empleo, etc.

Tal y como señala Smyth et al., (1999) la calidad reside en la organización. Y por ello, implica a dirigentes de la misma, a responsables de la planificación y el diseño, a trabajadores y trabajadoras que prestan de manera directa el servicio, y a los propios usuarios y usuarias.

El Consejo de Europa y la Comisión Europea llevan años recomendando el interés de la calidad en los servicios implicados en el bienestar social para proteger mejor a los ciudadanos y ciudadanas y responder al crecimiento de necesidades.

La calidad ha comenzado a ser un lugar común en la gestión de las administraciones públicas y comienza a ser una exigencia también extendida al campo de la acción social. Quedan ya muy lejanos los tiempos en donde la falta de recursos y el auge de las demandas sociales imponían una dinámica más preocupada por la atención que por las condiciones en que se prestaba.

A nivel estatal ya se había introducido la preocupación por el modo de hacer las cosas en los años noventa del pasado siglo, desarrollándose algunas experiencias interesantes, casi siempre relacionadas con el entonces denominado IMSERSO y los centros de tercera edad. A lo largo de la gestión competencial de los Servicios Sociales por parte de la Generalitat Valenciana se han desarrollado distintos proyectos sobre la implantación de la calidad en su red de recursos, con el objetivo de modernizar la red de centros.

El primer hito en la implantación de la calidad en la Comunitat Valenciana fue la publicación del Plan de Mejora Asistencial, acompañando a la Orden para la financiación de estancias en residencias de tercera edad, ambas en el año 2002, vinculando o condicionando a la financiación, o, mejor dicho, a una mayor financiación, el cumplimiento de determinados aspectos. Este Plan supuso un esfuerzo de adaptación de los centros para ir tratando de cumplir exigencias en treinta y tres indicadores, agrupados en cuatro dimensiones de las atenciones dispensadas: Atención a la persona, relaciones y derechos de los residentes, entorno y servicios hoteleros y organización. Su cumplimiento les permitiría acceder a participar en los conocidos «bonos residencia».

Pero antes de continuar con el relato histórico conviene hacer una precisión desde el mundo de la calidad hacia su implantación en los Servicios Sociales. Vamos a partir de un hecho: La exigencia de la calidad nace por el acuerdo entre los agentes que intervienen en transacciones de tipo comercial. Es decir, alguien necesita comprar algo y lo necesita con unas ciertas características específicas (los famosos tornillos con una longitud y un grosor concretos); Quien los fabrica, para obtener la satisfacción de su cliente, debe hacerlos perfectamente adecuados a lo que se le pide. Un mayor tamaño o grosor no le serviría al cliente. Si a quien lo encarga no le sirven, no los quiere, no los paga y busca otro proveedor. Hablamos de unas especificaciones técnicas que deben ser cumplidas. Una normalización (adecuados a las normas) de los productos ajustados a las características que se les requieren.

A nivel de los Servicios Sociales, las especificaciones técnicas están ligadas a la autorización de los centros y servicios. Es decir, locales, espacios, equipamientos, plantillas, atenciones, etc. De ahí que el cumplimiento de los requisitos formales de los Servicios Sociales venga determinado por las normativas de ordenación. Y la comprobación de los mismos viene dada, inicialmente, por los informes técnicos para la autorización de funcionamiento y, posteriormente, por los informes de inspección sobre el mantenimiento de dichos requisitos y de la adecuada atención de los usuarios.

Con esto queremos decir que el primer nivel de cumplimiento de los requisitos de la calidad de los recursos sociales viene determinado por su nivel de cumplimiento de los requisitos exigidos normativamente. En este sentido, podríamos decir que la calidad de los recursos sociales queda limitada a un cumplimiento formal de especificaciones técnicas basadas en la tipología de cada recurso (en cierta forma cuantitativa) y en el modo de prestar las atenciones y la relación del recurso con el usuario (una manera más cualitativa).

Una vez finalizada la etapa histórica del proceso de autorización y acreditación de los Servicios Sociales, lo que supuso disponer de una red de atención, se pasó al proceso de mejorarla para posibilitar una mayor satisfacción de sus usuarios y usuarias. Fue el momento del Plan de Mejora Asistencial.

Pero, a su vez, algunas entidades dedicadas a la atención social tenían ya o comenzaron a trabajar con otro tipo de iniciativas en el aseguramiento de la calidad, fundamentalmente a través de las normas ISO, adaptadas desde el mundo industrial a otros campos de actividad y, en menor medida, la EFQM, un modelo más pensado para servicios, en los centros asistenciales que regentan dichas entidades.

Desde el trabajo de la Inspección de la entonces denominada Conselleria de Bienestar Social (hoy de Igualdad y Políticas Inclusivas) a lo largo de estos años, se procedía a una revisión constante de las exigencias normativas de los centros, con los consiguientes y posteriores requerimientos para subsanar las deficiencias detectadas (podrían considerarse como incumplimientos, pero también, desde visiones de aseguramiento de la calidad, como «no conformidades» que daban como resultado la exigencia de correcciones y propuestas de mejora).

Volvemos a insistir en que no podemos olvidar que la función inspectora tiene como misión el control del cumplimiento normativo, que se solapa con indicadores y factores que también aparecen en los sistemas de aseguramiento de la calidad. Dicho de otra manera, no puede entenderse la calidad en la prestación de los servicios si no se cumplen los requisitos normativos de los mismos y una adecuada forma de prestar las atenciones.

2. La ordenación actual de la calidad en los Servicios Sociales valencianos

En el presente apartado comenzamos por describir el marco normativo de la calidad en la Comunitat Valenciana. Aunque somos conscientes de que en estos momentos se están realizando nuevas propuestas para renovar la actual Ley de Servicios Sociales autonómica, vigente desde el año 1997, debemos enmarcar la situación y las actuaciones desarrolladas hasta la fecha.

La Ley 5/1997 de 25 de junio, de la Generalitat Valenciana, por la que se regula el sistema de Servicios Sociales en la Comunidad Valenciana, determina, en su art. 5, las competencias de la Generalitat en la materia, atribuyéndolas a la Conselleria con competencias en Servicios Sociales. Y así, en el apartado d) establece que ésta debe establecer los mínimos de calidad que han de cumplir todos los centros

y servicios; en el apartado e) la autorización, el registro y la acreditación; y en el apartado f) la supervisión y control a través de la función inspectora de la calidad de los servicios que se prestan a los usuarios y usuarias, en los centros públicos y privados.

La Ley 5/1997 dedica todo el Título Séptimo a fijar las garantías en la calidad de los servicios a través de la función inspectora, las responsabilidades, las infracciones, las sanciones administrativas y el procedimiento sancionador.

Mediante el Decreto 91/2002, de 30 de mayo, del Gobierno Valenciano, sobre Registro de los Titulares de Actividades de Acción Social, y de Registro y Autorización de Funcionamiento de los Servicios y Centros de Acción Social, en la Comunidad Valenciana, se regulan las normas de ordenación de las entidades, servicios y centros, fijándose los requisitos y condiciones necesarias para garantizar la adecuada atención de los destinatarios.

También se han ido dando pasos en la regulación de los tipos de centros y programas de atención sectorial, desarrollando el Decreto 91/2002 mediante órdenes específicas. Así, nos encontramos con diferentes órdenes reguladoras de centros: para la atención de personas mayores, familias, mujeres, menores en situación de adopción o de protección, y discapacitados, entre otros.

Mediante el acto administrativo de la autorización, regulado por el citado Decreto 91/2002, se reconoce que un centro o servicio reúne los requisitos y condiciones adecuadas para su funcionamiento, de acuerdo con el marco general y con las condiciones específicas de tipo sectorial. En la Disposición Adicional Primera de dicho Decreto se establece la necesidad de desarrollar reglamentariamente la evaluación periódica de la calidad en la prestación de la asistencia social para hacerla obligatoria.

Por otra parte, y en este mismo sentido, el Decreto 90/2002, de 30 de mayo, del Gobierno Valenciano, sobre control de la calidad de los centros y servicios de acción social y entidades evaluadoras de la misma, en la Comunidad Valenciana, vino a regular el control e información puntual sobre la calidad y el régimen de acreditación administrativa y, una cuestión importante, el registro de las entidades evaluadoras de calidad de los servicios y centros de acción social.

Este Decreto nunca se vio implantado, entre otras razones porque se solapaba con el posterior Decreto 91/2002, paradójicamente publicado en el mismo Diario Oficial, regulando las mismas materias, aunque de forma diferente. Actualmente todavía no está derogado.

2.1. Actuaciones en calidad desde la Generalitat Valenciana en al área de los Servicios Sociales

En los inicios de la implantación de los sistemas de calidad en los centros de atención residencial, en ocasiones no se distinguían adecuadamente el cumplimiento normativo con las exigencias propias que conllevaba la implantación de

un sistema de calidad, a veces decidido desde la propia entidad o como exigencia administrativa para poder percibir algún tipo de ayudas públicas.

Desde esta situación de partida, las entidades gestoras de centros asistenciales de tercera edad se adherían al Plan de Mejora Asistencial mediante la evaluación de los centros, según los 33 indicadores anteriormente citados, y algunas trabajaban líneas de certificación del aseguramiento de la calidad mediante la aplicación de normas internacionales.

Es a partir del año 2003 cuando la Conselleria se plantea, a fin de superar los costes de la calidad y para ampliar la calidad hacia los otros sectores de intervención, el diseño, con la colaboración técnica de INTRESS, del Sistema Básico de Calidad en los Servicios Sociales.

Este Sistema tenía, además, entre sus prioridades, desarrollar la gestión y el impulso de la calidad en los centros de atención social, y para ello proceder a establecer los métodos, las reglas, los estándares y los procedimientos que permitan una racionalización de los procedimientos y sistemas de trabajo para la consecución y demostración de la calidad, ajustándose a las necesidades y a la realidad de cada sector de intervención.

El Sistema Básico de Calidad para los centros de Servicios Sociales de la Comunitat Valenciana se fundamentaba en diversos principios:

- Compromiso de la dirección. Implicación de los titulares y responsables de la gestión de centros y servicios en el impulso de la calidad y de la mejora continua.
- Orientación al usuario. La mejora en la atención del usuario es el fin principal que pretende la implantación del Sistema Básico de Calidad.
- Orientación sistémica. El centro o servicio tiene la consideración de conjunto integrado en sí mismo y con el entorno.
- Implicación de las personas. Todas las organizaciones, en cuanto conjunto de recursos humanos y materiales, orientan sus esfuerzos a conseguir mejoras en las relaciones y asistencias con los usuarios para la mejora de las cotas de calidad alcanzada.
- Implicación de entornos. El Sistema establece mecanismos de colaboración, control y mejora de atenciones respecto a usuarios, familiares, clientes, proveedores y todos aquellos que en su relación con la organización establecen relaciones significativas que puedan ser objeto de análisis y mejora.
- Información. El Sistema plantea la necesaria documentación y la extracción, análisis y recopilación de datos para el adecuado trabajo gerencial y la consiguiente toma de decisiones sobre bases fidedignas.
- Gestión por procesos. Los procesos clave de la organización deben definirse, controlarse y mejorarse.
- Mejora continua. El propósito de la organización es establecer una dinámica de avance en la consecución de los objetivos de la organización y del bienestar de los beneficiarios directos e indirectos.

Estos principios se traducían en la implantación de un conjunto de buenas prácticas en la gestión para cumplir con los siguientes requisitos: a) Responsabilidad de la dirección, b) Gestión por procesos, c) Implicación de las personas d) Implicación de los proveedores; e) Decisiones basadas en datos y f) Mejora continua.

Las características que presentaba el Sistema Básico de Calidad en su diseño eran las siguientes:

- **Obligatoriedad.** La aplicación y evaluación del Sistema Básico de Calidad con carácter obligatorio para todos los centros de la red de Servicios Sociales de la Comunidad Valenciana que dispusieran de la preceptiva autorización de funcionamiento.
- **Integración y acumulación.** El Sistema Básico de Calidad partía de anteriores experiencias y normativas desarrolladas, incluyéndolas dentro del modelo.
- **Racionalidad y economía de esfuerzos.** Con la implantación de este Sistema se podían evitar duplicidades innecesarias, permitiendo a los titulares de centros elegir el sistema de gestión y, en su caso, de evaluación de calidad, a condición de mantener los requisitos de homologación establecidos con el Sistema Básico de Calidad.
- **Carácter progresivo.** Este Sistema estaba concebido para ser introducido de manera paulatina, alcanzando de forma progresiva los objetivos de las diferentes etapas que debían constituirlo.
- **Complementariedad.** Las entidades y centros de Servicios Sociales que hubiesen desarrollado sistemas propios de evaluación para la certificación de la calidad o hubiesen adoptado sistemas internacionalmente reconocidos, podrían incorporarse al Sistema Básico de Calidad en alguna de las etapas definidas, en función del nivel de implantación alcanzado, de acuerdo con las homologaciones pertinentes.
- **Participación.** En la dinámica de establecimiento y desarrollo del Sistema Básico de Calidad se impulsaba la comunicación y el consenso entre las partes interesadas.
- **Periodicidad.** Se planteaba establecer los plazos para alcanzar las distintas etapas de aplicación del Sistema y para suministrar información a la Conselleria acerca de la evaluación interna de calidad de los centros, así como para su evaluación externa.
- **Adecuación sectorial y por tipo de centro.** El Sistema permitía distintos grados de desarrollo adaptados para cada sector y tipo de centro, siempre respetando los niveles mínimos a establecer en cada una de las etapas de su aplicación.
- **El desarrollo y la implantación del Sistema Básico de Calidad** supuso un esfuerzo para extender la información sobre calidad a todas las entidades que gestionaban centros, para difundir métodos y disponer medios para facilitar los trabajos, clarificar los objetivos, poner a disposición el apoyo técnico y la orientación que se precisaran para trabajar adecuadamente el desarrollo de la calidad y en la consecución de resultados.

Para establecer los mínimos de calidad en los centros de atención residencial se diseñaron programas de formación presencial y on line, se publicaron manuales de calidad para cada sector y guías de implantación del propio sistema.

Las distintas realidades de los sectores y sus centros, con desarrollos históricos distintos y con evoluciones propias y matices significativamente diferenciales, obligaba a arbitrar distintos ritmos y exigencias.

Inicialmente, como ya hemos señalado, era en los centros de atención a persona mayores donde encontramos más iniciativas, trabajos y resultados en materia de aseguramiento de la calidad.

En el campo de la atención a la discapacidad se habían hecho esfuerzos aislados en el desarrollo de programas, procedimientos y protocolos para conseguir un mejor funcionamiento, para dar mejores servicios y atenciones trabajando desde ámbitos de la calidad. Aquí cabría citar los trabajos del actual Instituto Valenciano de Asistencia Social (IVAS), anteriormente IVADIS.

En el ámbito de atención de los menores, mujeres, familias, etc. los esfuerzos también aislados se centraban en la publicación de materiales técnicos y metodológicos, documentos, soportes y líneas de actuación para la homogeneización de informes y registros, para la colaboración técnica y el seguimiento de procesos de intervención con menores.

Fue una experiencia muy importante, pionera a nivel nacional, el hecho de facilitar un modelo y medios gratuitos, pero el proceso no se vio acompañado de ninguna norma de exigencia en la progresiva implantación y con la llegada de la crisis y el abandono de la propia Conselleria, todo quedó en el olvido. La falta de compromiso con la cultura de la calidad de la nueva dirección de la Conselleria dejó bajo mínimos los esfuerzos desarrollados, perdiéndose una oportunidad histórica de progreso y mejora de los Servicios Sociales en la Comunitat Valenciana.

Con posterioridad, la Generalitat Valenciana ha entendido la implantación de la calidad de manera transversal, publicándose distintos decretos y órdenes que afectaban organizativamente a las distintas Consellerias sin una relevancia que permita detallar acciones. Fundamentalmente el papel de las Consellerias se limitaba a una cierta dotación organizativa para trabajar en la calidad de sus actuaciones, coordinada por la dirección competente para la coordinación, fundamentalmente ligada a la Inspección General de Servicios de la Administración del Consell y a los diferentes órganos y unidades administrativas encargadas de la gestión de la calidad.

La Inspección General de Servicios ha mantenido un papel constante en cuanto a la difusión del modelo de calidad y excelencia EFQM en los centros o dependencias administrativas que eran seleccionadas por cada Conselleria para su implantación.

Estas actuaciones se limitaban a un diagnóstico, dirigido por la propia Inspección en colaboración con los centros. Pero este esfuerzo quedaba en el olvido cuando eran las propias unidades administrativas quienes tenían que hacer todo el esfuerzo para la implantación.

Estas actuaciones relacionadas con centros dependientes exclusivamente de la Generalitat se veían acompañadas de cursos para las y los funcionarios dentro de los planes de formación en EFQM del IVAP.

Cuestión distinta han sido las publicaciones de las Cartas de Servicio que también se fueron publicando desde hace ya casi diez años y que siguen vigentes en cuanto a compromisos de gestión y atención al usuario en diferentes materias sociales (adopción, centros de personas mayores, etc.), pero que deberían revisarse desde una perspectiva de un nuevo modelo de atención.

3. Análisis de la cuestión

Es evidente la importancia esencial que ha adquirido la calidad en el proceso de gestión de las organizaciones. Esta importancia ha calado en el primer sector y también en el área de la acción social. La perspectiva más generalizada la encontramos centrada alrededor de la satisfacción de las necesidades y expectativas de los usuarios.

En el ámbito de los Servicios Sociales, inicialmente se desarrolló más en los Servicios Sociales especializados, fundamentalmente dentro del ámbito residencial de atención a colectivos de personas mayores.

Una vez consolidado el reconocimiento de la importancia de la gestión de calidad, ha comenzado a ocupar un lugar destacado el concepto de mejora continua, porque constituye el motor que hace de la calidad un proceso permanente.

Martínez-Martínez y Uceda-Maza (2015: 2015- 2018) señalan que uno de los problemas principales de la calidad en los Servicios Sociales es que el Sistema Cliente es altamente complejo. Casi siempre, todo aquel que pueda ser considerado cliente, se constituye también en proveedor. Es evidente que en muchas ocasiones las y los usuarios, beneficiarios y clientes de los programas sociales tienen dificultades para la percepción objetiva y sus capacidades reivindicativas también pueden verse afectadas.

Estos autores advierten sobre ciertas características de los escenarios de provisión de recursos sociales que pueden resultar conflictivos. Entre ellos señalan: la situación de poder de los profesionales; la privacidad de las intervenciones; la imposibilidad de elegir a un profesional de referencia, la solicitud de ayuda ante problemas de necesidad y dificultades graves; la dependencia institucional, en cuanto que propietaria de los recursos; la falta de quejas sobre el funcionamiento de los servicios; la falta de competencia entre los recursos para la elección de los usuarios y usuarias, o la falta de visión preventiva, entre otros.

La calidad del servicio debe partir de una adecuada información a las personas de las posibilidades de actuación ante sus dificultades. Partiendo de una correcta información, se puede analizar la satisfacción individual ante las atenciones que recibe y así plantear la mejora continua de la calidad, implicando la revisión permanente de las actuaciones para adecuarlas a las necesidades de las personas y analizar con ellas la mejora de las respuestas que obtienen.

Tal y como se señala en el Plan de Calidad de los Servicios Sociales en Catalunya (2010-2013): «la calidad técnica se refiere a la utilización adecuada de los avances científicos en la prestación del servicio. Consecuentemente, el grado

de calidad técnica viene determinado por el uso de las metodologías, los enfoques, las técnicas, los procedimientos, etc., actualizados y acordes con los progresos recientes en las disciplinas científicas correspondientes. La valoración de la calidad técnica viene determinada por un dictamen profesional experto o, si procede, por la adecuación a los requisitos técnicos establecidos por la comunidad científica». Teniendo en cuenta para todo ello elementos tales como la sistemática para la identificación y la difusión de buenas prácticas, la gestión del conocimiento generado en el Sistema, la capacidad de identificar con rapidez nuevos avances científicos aplicables, la investigación, la creación de conocimiento científico o la utilización de tecnologías de la información y la comunicación en la prestación del servicio.

La Plataforma de ONG de Acción Social, en su Manual del Curso Básico en Gestión de Calidad para ONG de Acción Social (2008:70-71) señala que «un sistema de gestión de calidad no es un conjunto de papeles sino una forma de gestión de una organización con las siguientes características»:

- Centrada en la calidad.
- Basada en la prevención y en la mejora continua.
- Que apunta al éxito a largo plazo.
- Cuyo objeto es la satisfacción de los clientes o los destinatarios de la actividad de la organización.

Desde otras fundamentaciones los conceptos que se señalan como característicos en la gestión de calidad son los siguientes:

- Orientación hacia los resultados.
- Orientación a los clientes y las clientas.
- Liderazgo y coherencia.
- Gestión por procesos y hechos.
- Desarrollo e implicación de las personas.
- Proceso continuado de aprendizaje, innovación y mejora.
- Desarrollo de alianzas.
- Responsabilidad social de la organización.

En cualquier caso, parece evidente la pluralidad de los agentes implicados, desde la perspectiva, tanto de la ciudadanía como de las entidades prestadoras y de las personas que desarrollan actividades, voluntariamente o mediante relación laboral, en el sistema de prestación de Servicios Sociales, con las diferentes modalidades que presentan las distintas Comunidades Autónomas.

Habría que partir posiblemente de una visión generalista para intentar una transversalidad en cuanto a los distintos sectores: Se pueden buscar los elementos comunes a todos los centros de atención residencial o diurna, analizar las características comunes de tipo estructural, hotelero-residencial y posteriormente analizar los procesos asistenciales, sus elementos comunes y diferenciales.

Desde la experiencia en la implantación de sistemas de calidad en la gestión de los Servicios Sociales en la Comunitat Valenciana podrían ser aprovechables, como punto de partida, los trabajos realizados en el diseño y elaboración del

Sistema Básico de Calidad, revisando y actualizando los documentos y las elaboraciones desarrolladas. Principalmente, en cuanto al estudio actualizado de los procesos estratégicos, esenciales y de apoyo, para todo tipo de centros, programas y servicios, se deberían revisar, como elemento de partida, los manuales de buenas prácticas publicados y divulgados entre los y las profesionales de los centros y servicios.

La elevada cantidad de agentes implicados e interesados (stakeholders) en los Servicios Sociales pone de manifiesto la complejidad que la gestión del conjunto del Sistema conlleva para funcionar realmente como tal. En este sentido, resulta útil tener presente el concepto de gobernanza, algo así como un nuevo modo de gestión de los asuntos, fundamentado en la participación de la sociedad civil, que persigue la eficacia, la calidad y la satisfacción de la ciudadanía, a fin de poder aplicarlo adecuadamente a la gestión de la calidad en Servicios Sociales.

4. Referencias a otras Comunidades Autónomas que pudieran servir de modelo

En el capítulo titulado Las nuevas leyes de Servicios Sociales: propuesta para una nueva Ley de Servicios Sociales en la Comunitat Valenciana, los profesores de la Universitat de València Lucía Martínez-Martínez y Francesc Xavier Uceda-Maza analizan la evolución y la situación actual de los Servicios Sociales valencianos, planteando lo que debería ser una nueva Ley de Servicios Sociales para la Comunitat Valenciana. En dicho capítulo presentan una tabla comparativa sobre las Leyes de Servicios Sociales vigentes en una muestra amplia de Comunidades Autónomas (2015:96-135). En ella se puede observar que todas las Comunidades dedican un apartado a la Calidad como elemento distintivo de los sistemas de los Servicios Sociales en sus territorios.

En la misma línea, Martínez y Uceda-Maza, (2015:117), señalan que:

El apartado de CALIDAD está bastante desarrollado en las legislaciones consultadas, en sus planes estratégicos y algunas Comunidades Autónomas tienen legislación o planificación estratégica específica para este apartado. Se puede ver que la preocupación por la calidad es una constante, excepto en la Comunitat Valenciana que solo ha desarrollado una norma sobre calidad, el Decreto 90/2002 sobre control de la calidad de los centros y servicios de acción social y entidades evaluadoras de la misma, y es para decidir a quién se le concede el negocio de controlar la calidad de los centros y programas de los Servicios Sociales. El articulado de este Decreto 90/2002 solo versa sobre la obligación de que todas las personas físicas o jurídicas, públicas o privadas, que trabajen en el campo de la acción social en la Comunitat Valenciana pasen controles de calidad (arts. 1 al 5) y a partir del art 6 hasta el final de la norma se limita a describir quién puede ser entidad evaluadora de calidad y los procedimientos para obtener dicha acreditación de entidad evaluadora (se establece quién evaluará sin saber qué se va a evaluar). En la Comunitat Valenciana el establecimiento de estándares de calidad es urgente y preciso, máxime cuando

casi todos los Servicios Sociales específicos y especializados son prestados por entidades de titularidad privada costeados con fondos públicos.

En cuanto a su propuesta respecto a una nueva Ley de Servicios Sociales, señalan como criterio distintivo el de:

La calidad, inspección, mejora continua, formación de profesionales, supervisión y control, (planes de calidad en los dos ejes territoriales: local y autonómico), donde haya estándares definidos entre la administración local y la comunidad autónoma, y de cumplimiento para todos aquellos que participen en la gestión del sistema. La calidad, la inspección y la supervisión profesional deben ser de obligado cumplimiento y con medios suficientes (Martínez y Uceda-Maza, 2015:121).

Deben reseñarse, a nivel estatal, las aportaciones de la Comunidad Foral de Navarra, en cuanto a su preocupación histórica por la calidad a través de convocatorias de premios a la excelencia para servicios y centros dentro de programas de impulso participativo mediante estudios y formación de una cultura de calidad en su red prestacional.

5. Propuesta de acción en calidad de los Servicios Sociales en la Comunitat Valenciana

A la vista de lo hasta aquí descrito, parece apropiado distinguir la necesidad de desarrollar actuaciones en tres planos:

- El encuadre normativo de la calidad, a nivel general y de manera específica en los diferentes ámbitos sectoriales,
- La formación en competencia técnica de los agentes en la dispensación de Servicios Sociales y la mejora continua de los recursos,
- El aspecto de evaluación, certificación y reconocimiento del aseguramiento de las entidades públicas y privadas competentes y colaboradoras en la prestación de Servicios Sociales.

El enfoque normativo debe pretender y dar respuesta a los siguientes epígrafes:

- Dar cumplimiento a la Ley de Servicios Sociales de la Comunidad Valenciana –actual y desde luego a la futura–, en cuanto a la regulación de los niveles mínimos de calidad.
- Aprobar un sistema de calidad como resultado del trabajo de consenso con cada sector y como mecanismo propio de evaluación adaptado a las necesidades de los centros de atención social en la Comunitat Valenciana. Plantear la calidad como una exigencia normativa.
- Condicionar la autorización de nuevos centros y servicios a la presentación previa de un Plan de Calidad.

- Establecer las fases y plazos de los procesos de implantación, desarrollo y certificación de la calidad.
- Poner en marcha la relación administrativa de las entidades especializadas en evaluación, control y certificación de la calidad con la Conselleria, desde una perspectiva abierta, tanto para la adopción de distintos tipos de aseguramiento, como para la necesaria supervisión administrativa. Para ello debería derogarse el Decreto 90/2002, nunca aplicado, y aprobar uno nuevo que pudiera ser operativo.

A su vez, el enfoque de formación en competencia técnica y mejora continua de los recursos debe pretender poner a disposición de todos los sectores y de todos los centros que desarrollan su actividad en el campo de la acción social, recursos metodológicos, didácticos, formativos y de acompañamiento práctico en la implantación, así como introducir, asesorar y acompañar en los procesos de aseguramiento de la calidad a todas las entidades que gestionan recursos sociales.

Por su parte, el enfoque de evaluación, certificación y reconocimiento de la entidad debe pretender establecer niveles de adecuación de los centros a las exigencias de calidad que se determinen y los plazos de consecución de objetivos y resultados. También deberá realizar un exhaustivo proceso de sensibilización respecto a las ventajas y beneficios para las entidades y centros que desarrollan y completan las exigencias normativas de la calidad.

Asimismo, deberá regular la actuación de las entidades de certificación en materia de calidad estableciendo los marcos de colaboración y supervisión, así como impulsar el reconocimiento de la calidad en los centros de manera tal que en las disposiciones emanadas de la Conselleria se establezcan ventajas y prioridades para aquellos centros en donde los resultados en la consecución de la calidad dejen patentes los buenos servicios ofertados y la satisfacción de sus beneficiarios.

En cuanto a los diferentes tipos de exigencia hacia los recursos, dependiente del tipo de gestión que tengan podría plantearse:

Respecto a centros propios de la Generalitat Valenciana, deben tener como objetivo la implantación de un sistema de calidad y deben realizarse los pasos que lleven a la implantación del sistema de calidad en los mismos, si bien con una metodología particularizada, en cuanto a selección de responsables de calidad, formación, materiales a facilitar y adaptar, plazos, sectores, etc. Por otra parte, existe una necesidad apremiante de información y de implicación por parte de los centros. Con este último punto, la motivación del personal seleccionado por los propios centros, tratando de incluir en la clasificación de los puestos de trabajo relacionados con la calidad mejoras retributivas (por ejemplo, un aumento del complemento específico).

Dada la necesaria y esencial participación de las Direcciones Territoriales de la Conselleria con competencias en materia de Servicios Sociales en la introducción, seguimiento y evaluación de procesos de calidad en Servicios Sociales, se deberán estudiar sus funciones y necesidades, a fin de dimensionar y reorganizar las estructuras y los recursos humanos adscritos a las unidades de las mismas, analizando las cargas de trabajo, las unidades y el personal adscrito, la adecuada

asignación de recursos y la adecuada clasificación de los puestos de trabajo y el estudio de posibles déficits de plantilla. En este aspecto habría que analizar también los Centros Base existente en cada demarcación provincial (Centros de Diagnóstico y Valoración de Discapacidades).

Por otra parte, la implementación de la capacidad de liderazgo de las y los responsables de la gestión de calidad en los centros. Por ello, se considera fundamental la mejora del apoyo técnico y maximizar la coordinación ente las personas responsables de liderar los procesos de calidad en los centros, y las personas responsables de éste ámbito en los servicios territoriales y centrales.

Asimismo, se deberá igualmente implicar en todo el proceso, en razón de sus competencias, la unidad administrativa encargada de la inspección de centros y servicios. Los centros desarrollarían hasta el nivel de la auditoría interna. Si posteriormente se decidiese la revisión de esta auditoría interna, mediante una especie de auditoría externa, ésta la podría realizar el área de inspección.

En otra línea de ideas, en cuanto al seguimiento de centros concertados o subvencionados, estaría ligado al proceso general de seguimiento de centros y programas en los que deberían participar las correspondientes secciones de las direcciones territoriales, las direcciones generales, en función del ámbito sectorial de que se trate, y el Área de Inspección y Calidad.

En algunos casos, la intervención de la Oficina Técnica será imprescindible, en cuanto a valoración de cuestiones relacionadas con la construcción, reforma o rehabilitación, y las normativas sobre seguridad, accesibilidad, etc. De este modo, resulta necesario coordinar los trabajos desde el seguimiento administrativo y la aportación de la documentación precisa relacionada con el aseguramiento de la calidad.

En cuanto a los contratos de gestiones integrales, en los pliegos de condiciones técnicas para la contratación de gestiones integrales, debería figurar la obligatoriedad preparación de un Plan de Calidad, así como de tener implantado un sistema de calidad en un plazo temporal lógico, una vez iniciada la contratación para la gestión de los servicios públicos.

6. Conclusiones

A la hora de plantear las conclusiones operativas para la adecuada gestión de la calidad en el sistema público de Servicios Sociales, queremos destacar los siguientes aspectos. En primer lugar, la importancia de la consecución de cotas de calidad para la mejor atención de la ciudadanía. Con ello, implícitamente, se debe asegurar no ya solo la certificación de los sistemas implantados de calidad, sino todos los procesos que conducen a una gestión eficiente de los recursos públicos, dispuestos para la mejora de la atención de los usuarios y las usuarias. Cualquier mejora en la atención supone una mejora de la calidad de vida de los y las destinatarias de los recursos.

En cualquier caso, partiendo de la importancia de la percepción de la calidad de los centros y programas por la población beneficiaria, su nivel de satisfacción por el grado del cumplimiento de sus expectativas, y como destinatarios últimos de las prestaciones, se deben disponer de registros documentales con la medición del nivel de acuerdo con los servicios que se les prestan.

La participación debe ser un principio, no sólo teórico, sino aplicado de gestión, puesto en valor de manera generalizada a lo largo de todo el proceso de gestión de la calidad: Desde su diseño hasta la evaluación continua.

El papel de las y los profesionales es de importancia capital en los procesos de calidad: La percepción de la calidad de las prestaciones fundamentalmente se concentra en el trabajo profesional. Son los profesionales los que materializan la prestación y por ello, en contacto directo con las personas, conocen en profundidad el grado de adecuación de los servicios.

Por ello, la formación de las plantillas, la actualización y la ampliación de campos de conocimiento y la capacidad de transferencia del conocimiento a la práctica, es esencial en cualquier plan de calidad que se implante, de manera general en los servicios, o a cualquier centro servicio concreto.

La dotación del personal suficiente y su grado de formación y profesionalización resultarán claves en los recursos y atenciones sociales dirigidas al conjunto de la ciudadanía y a los grupos con mayores necesidades y dificultades.

En cuanto a actuaciones que deben resaltarse de cara al papel que deben jugar las administraciones públicas con competencias en materia de Servicios Sociales, queremos destacar, en primer lugar, la necesidad de exigencia de sistemas de calidad a lo largo de toda la red de atención social que constituya parte del Sistema Valenciano de Servicios Sociales.

En segundo lugar, la inclusión de un capítulo sobre la calidad de los centros, programas y prestaciones en la nueva Ley Inclusiva de Servicios Sociales Universales.

En tercer lugar, recomendamos el desarrollo normativo específico en materia de calidad para los servicios de atención primaria, acompañado de un sistema de indicadores y niveles exigibles de progresivo cumplimiento.

En cuarto lugar, consideramos oportuna la creación de propuestas formativas generalizadas, especializadas en aspectos de calidad, para los y las profesionales que trabajan en atención primaria social, como garantes del conocimiento de la buena gestión administrativa, técnica y de atención a la ciudadanía, desde criterios de eficiencia en la gestión de proyectos.

Por último, consideramos necesario el refuerzo de la función inspectora, en cuanto garante inicial del cumplimiento normativo y de protección y defensa de los derechos de las personas beneficiarias, asegurando el adecuado asesoramiento en la mejora de la gestión práctica de los centros y servicios, desde perspectivas de mejora continua de la calidad.

7. Referencias bibliográficas

- ANDRÉS ARSEGUET, F. Y UCEDA-MAZA, F. X. (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*. València. FSP-UGT.PV.
- BARRIGA, L.A. (2000): «Calidad en los Servicios Sociales reflexiones sobre la calidad total». *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, 49 y 50, pp. 31-62.
- CASADO, D Y FANTOVA, F. (2007): *Perfeccionamiento de los Servicios Sociales en España*. Madrid. Fundación FOESSA.
- COUNCIL OF EUROPE (2007): Report on user involvement in personal social services. Disponible en: <http://bit.ly/2cPuCiZ>
- EFQM (2003). Modelo EFQM de excelencia.
- EUSKALIT. Cuaderno de autoevaluación. Disponible en: <http://bit.ly/2d3s1Dq>
- FANTOVA, F. (2002): «Hacia una gestión de calidad en los procesos de intervención social», *Revista Documentación Social*, 128, pp. 179-196.
- GARAU, J. (2005): Guía para la gestión de calidad de los procesos de Servicios Sociales. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales e INTRESS (Institut de Teeball Social i Serveis Socials). Barcelona.
- GENERALITAT DE CATALUNYA (2010): *Plan de calidad de los Servicios Sociales de Cataluña 2010-2013*.
- GENERALITAT VALENCIANA. CONSELLERIA D'ADMINISTRACIÓ PÚBLICA. (1994): *Jornadas sobre Gestión de Calidad Total en las Administraciones Públicas*.
- GENERALITAT VALENCIANA. CONSELLERIA DE BENESTAR SOCIAL. (2002): *Indicadores para la mejora de la atención residencial*.
- GIMÉNEZ-BERTOMEU, V.M. ET AL. (2010): «Estándares de calidad en los Servicios Sociales: investigar las buenas prácticas para profesionales y emprendedores en los Servicios Sociales de atención primaria», en CAPELLÍN, M.J. ET AL. (coord.), *Comunicaciones al VIII Congreso de Departamentos, Escuelas y Facultades de Trabajo Social*, pp. 1079-1099.
- GIMÉNEZ-BERTOMEU, V.M.; LILLO BENEYTO, A.; DOMÉNECH LÓPEZ, Y. Y LORENZO GARCÍA, J. (2012): «La Calidad en los Servicios Sociales de atención primaria desde la perspectiva de las personas usuarias», *Portularia: Revista de Trabajo Social*, Vol. Extra 12, pp. 61-71.
- ISO. Norma UNE-ISO 9001.
- ISO. Norma UNE-ISO 9004.
- MARTÍNEZ-MARTÍNEZ, LUCÍA, Y UCEDA I MAZA, FRANCESC XAVIER (2015): Las nuevas leyes de Servicios Sociales: propuesta para una nueva Ley de Servicios Sociales en la Comunitat Valenciana, en LLUCH, E., ESTEVE, E. Y HORTAL, B., (eds.) *¿Recuperación? Enfoque agregado versus enfoque de la privación. Observatorio de Investigación sobre Pobreza y Exclusión en la Comunidad Valenciana*, pp. 96-137.
- MARTÍNEZ-TUR, V., PEIRÓ, J.M. Y RAMOS, J. (2001): *Calidad de servicio y satisfacción del cliente*. Madrid: Síntesis.

- MIRA-PERCEVAL, M.T. DE ALFONSETI, N. Y GIMÉNEZ BERTOMEU, V.M. (2007): *Servicios Sociales. Estructura, dinámica, políticas y estrategias en España y la Comunidad Valenciana*. Universidad de Alicante.
- MOULIN, M. (2003): *Delivering Excellence in Health and Social Care*. Maidenhead: Open University Press.
- PLATAFORMA DE ONG DE ACCIÓN SOCIAL. (2008): *Curso Básico en Gestión de Calidad para ONG de Acción Social*. Disponible en: www.plataformaong.org
- SMYTH, C.; SIMMONS, L. Y CUNNINGHAM, G. (1999): *Quality Assurance in social work: A standards an audit approach for agencies and practitioners*. London: National Institute for Social Work.
- STOCKER, G (1998): *Governance as theory: five propositions*. UNESCO. New York.
- SUBIRATS, J. ET AL. (2007): *Los Servicios Sociales de atención primaria ante el cambio social*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. <http://bit.ly/2dlQyTo>
- UCEDA-MAZA, F.X Y MARTÍNEZ-MARTÍNEZ, L. (2015): «Servicios Sociales Municipales en la Comunitat Valenciana», En ROMERO, J. Y BOIX, A.: *Democracia desde abajo: Nueva agenda para el gobierno local*. PUV. Valencia.

Referencias normativas

- Ley 5/1997 de 25 de junio, de la Generalitat Valenciana, por la que se regula el sistema de Servicios Sociales en la Comunidad Valenciana.
- Ley 4/2012, Carta de Derechos Sociales de la Comunitat Valenciana.
- Decreto 90/2002, control de la calidad de los centros y servicios de acción social y entidades evaluadoras de la misma, en la Comunidad Valenciana.
- Decreto 91/2002, de 30 de mayo, del Gobierno Valenciano, sobre Registro de los Titulares de Actividades de Acción Social, y de Registro y Autorización de Funcionamiento de los Servicios y Centros de Acción Social, en la Comunidad Valenciana.

Entidades y direcciones web más significativas en el ámbito de la calidad

- Associació Espanyola de Normalització i Certificació: <http://www.aenor.es/desarrollo/inicio/home/home.asp>
- Asociación Española para la Calidad: www.aec.es
- Asociación mallorquina para la ayuda de discapacitados psíquicos: www.amadipement.org
- Asociación Española de Normalización: www.aenor.es
- Club Gestión de la Calidad: www.clubcalidad.es
- Club Asturiano de Calidad: www.clubcalidad.com

Comisión de colegios profesionales norteamericano: www.jhco.com
Consejo de ONG: www.calidadong.org
Coordinadora d'ONG per al Desenvolupament-Espanya:
http://www.congde.org/home_dos.htm
European Foundation for Quality Management (EFQM):
www.efqm.org
European institute for public administration. Entidad europea que lidera el desarrollo del CAF: www.eipa.nl
European Organization for Quality (EOQ): www.eoq.org
European Society for Quality in Healthcare: www.esqh.net
Entidad Nacional de Acreditación (ENAC): www.enac.es
Fundación AvedisDonabedian: www.fad.org
Fundación Empresa y Sociedad: www.empresaysociedad.org
Fundació Lleialtat:
<http://www.fundacionlealtad.org/web/jsp/index.jsp>
Fundación Navarra para la Calidad: www.qnavarra.com
Fundación Vasca para la Calidad: www.euskalit.net
Fundación Valenciana para la calidad: www.gva.es/fvq
Institut d'Innovació Empresarial de les Illes Balears: www.idi.es
Instituto Europeo para la Administración pública: www.eipa.nl
Instituto Nacional de Evaluación y Calidad del Sistema Educativo –INECSE:
www.ince.mec.es
Instituto para la Calidad Turística Española (ICTE): www.ictes.es
International Organization for Standardization: <http://www.iso.org/iso/home.htm>
INTRESS: <http://www.intress.org/>
Investors in People: www.investorsinpeople.com
Madrid Excelente: www.madridexcelente.es
Observatorio para la Calidad de los Servicios Públicos: www.ocsp.arrakis.es
ONG amb Qualitat: <http://www.ongconcalidad.org/>
Portal DIXIT Centre de Documentació en Serveis Socials: <http://dixit.gencat.cat/ca/>
Plataforma d'ONG d'Acció Social: <http://www.plataformaongs.org/default.asp>
Sociedad Española de Calidad Asistencial: www.seca.com

Notas metodológicas

El sistema de Servicios Sociales ante la crisis económica. Retos, desafíos y territorio. El caso de la provincia de Valencia¹

Guillermo Dorado Ortega

Lucía Martínez-Martínez

Francesc Xavier Uceda i Maza

Gloria María Caravantes López de Lerma

Durante los tres años de desarrollo del proyecto, el despliegue metodológico del de la investigación ha girado en torno cuatro objetivos de investigación:

1. Conocer el actual mapa de los Servicios Sociales en la provincia de Valencia, su distribución de programas/servicios y proyectos sociales y su coherencia territorial en función de las características sociodemográficas.
2. Analizar el proceso seguido en los últimos treinta años, identificando obstáculos, dificultades y necesidades que presenta para su consolidación y cumplimiento eficaz de los fines que tiene asignados.
3. Realizar una aproximación a la situación actual de los Servicios Sociales comunitarios tomando como referencia su vocación de universalidad.
4. Ofrecer a los poderes públicos, profesionales del Sistema, organizaciones de usuarios y usuarias un análisis para que a través de propuestas pueda servir de base para acometer las reformas que resulten necesarias para el eficaz funcionamiento, actual y futuro, de los Servicios Sociales.

Estos objetivos como indicamos en el apartado de técnicas y outputs de la investigación fueron marcados de forma conjunta por el grupo de investigadores de la Universitat de València y el grupo nominal de expertos que se convocó para que esta investigación fuera un proceso de participación y de empoderamiento de las y los profesionales de los Servicios Sociales de la Provincia de Valencia.

1. Proyecto precompetitivo de la Universidad de Valencia «*El sistema de Servicios Sociales ante la crisis económica: retos, desafíos y territorio. El caso de la provincia de Valencia*», (UV-INV-PRECOMP12-82190).

Metodología

Hay que escuchar lo que dice y hace la gente, y las preguntas que surgen de su praxis, pero no de cualquier forma. Son muchas las verdades parciales que se construyen cotidianamente (...) debemos aplicar un cierto rigor que haga emerger la construcción colectiva de verdades más profundas, más transformadoras, y no tanto lo primero que se nos ocupa. (Rodríguez Villasante, 2002:13)

Para conocer la realidad actual del sistema y su capacidad de respuesta en el escenario actual de crisis económica, ha sido necesario realizar un despliegue metodológico que diera respuesta los diferentes retos que suponían los objetivos de la investigación planteados.

En primer lugar, la investigación debía abordar desde una dimensión *descriptiva* las características actuales del sistema y su impacto en el territorio a través de la mapificación de datos secundarios y la generación de nuevos datos primarios para la provincia de Valencia.

En segundo lugar, conseguir dar cuenta de las necesidades del Sistema suponía acometer una dimensión *analítica* donde se tuviese en cuenta la visión de los y las profesionales del sector, así como otros actores clave, con el objetivo de caracterizar las dificultades y necesidades latentes.

Por último, la investigación suponía abrir la investigación a una dimensión *dialógica*, generando un debate entre los diversos agentes implicados de los Servicios Sociales con el objetivo de generar propuestas prácticas de mejora para el Sistema.

Los retos metodológicos expuestos se han abordado a través del despliegue de una perspectiva metodológica basada en la complementariedad para, a través de una triangulación de técnicas y métodos, abordar la dimensión descriptiva, analítica y dialógica de la investigación. Es lo que Vallés (1999:100) denomina «la estrategia de la triangulación o estrategia de estrategias».

La triangulación metodológica (Denzin, 1978) propuesta, está basada en una combinación de métodos –triangulación simultánea de métodos– en la que se han ido combinando técnicas propias de la metodología cualitativa como la entrevista o los grupos nominales, y otras de carácter cuantitativo como la encuesta telefónica y auto-cumplimentada y el análisis de datos secundarios y primarios.

Esta triangulación ha permitido dotar de mayor validez a los datos obtenidos, tanto en la selección de indicadores durante la mapificación de servicios en el territorio (dimensión *descriptiva*) como en la ideación de las variables para el cuestionario a los municipios (dimensión *analítica*). Ambas herramientas, de enfoque cuantitativo fueron contrastadas en diferentes fases del proceso (*pre-test* i *post-test*) por un grupo de expertos/as (grupo nominal) que desarrollan su labor en los Servicios Sociales y que colaboraron en la planificación y evaluación de la acción investigadora. El grupo nominal, fue incluyendo miembros a medida que avanzaba la investigación y en función de las áreas de interés, dando como resultado una investigación dinámica «destinada a modificarse en función de las informaciones provistas durante el proceso» (Morin, 1997:115).

Por último, el tercer enfoque a abordar corresponde a la dimensión *dialógica* del proceso de generación de conocimiento a través de los y las profesionales del

sector. Ello supone, no sólo tomar técnicas como el grupo nominal como un mero dispositivo de verificación de los datos, sino de la propia inclusión de los actores implicados dentro del proceso investigador.

Para ello se ha adoptado el enfoque de la Investigación Participativa (IAP), donde los y las profesionales del sector ejercen no sólo el papel de informantes clave de las necesidades sociales del momento², sino también como agentes protagonistas de las propuestas de mejora en el seno del sistema de Servicios Sociales. Así, la investigación ha adoptado gran parte de las líneas básicas de la IAP propuestos por Pereda, Prada y Actis (2003):

- 1) **Pasar de la relación sujeto/objeto (gestores/clientes) a la relación sujeto/ sujeto.** Dado que la investigación tiene como objeto de estudio la organización del sistema de los Servicios Sociales en la provincia de Valencia, se ha puesto el foco en los profesionales del sector, trascendiendo el debate académico y estableciendo una relación *inter pares* entre el equipo investigador y los protagonistas de la investigación.
- 2) **Partir de las demandas o necesidades sentidas por los afectados, como condición necesaria para que sean ellos los principales protagonistas del proceso.** Aunque la investigación partía de algunos supuestos teóricos y empíricos sobre las necesidades y deficiencias del sistema, en los sucesivos encuentros con los grupos nominales (se convocaron a todos los profesionales afectados) se incidió en priorizar la visión de los profesionales.
- 3) **Unir la reflexión y la acción.** En este sentido, la investigación ha tenido desde sus inicios un marcado componente práctico, orientado a proponer mejoras a los órganos competentes para mejorar el Sistema de los Servicios Sociales a través de un análisis integrado y participado.
- 4) **Comprender la realidad social como una totalidad, concreta y compleja a la vez.** Combinando planteamientos que tienen que ver con el plano macro y con las realidades particulares de los distintos ámbitos de intervención de los Servicios Sociales y las particularidades de cada municipio o comarca.
- 5) **Plantear el proceso de IAP como una vía de movilización y emancipación de los grupos sociales en situación de dependencia.** Aunque en este caso, el «grupo social» de referencia (los y las profesionales) carecen de la discrecionalidad de otros grupos, la propia reflexión sobre las problemáticas del Sistema ha dado lugar a la expresión de posturas críticas con la

2. El colectivo IOE formado por Pereda, Prada y Actis advierten del problema de la formulación ahistórica y formal de las necesidades sociales que se hace de las instituciones. De acuerdo con esta lógica los profesionales de los Servicios Sociales no son considerados en esta investigación como sujetos pasivos que se limitan a su función técnica, sino como agentes sociales con capacidad crítica para abordar los problemas que el sistema de Servicios Sociales tiene a la hora de afrontar las demandas sociales.

situación actual de los Servicios Sociales, visibilizando la problemática y apuntando a una futura transformación.

Técnicas y outputs de la investigación

En base a la metodología planteada se han desarrollado diversas técnicas de investigación a lo largo del proceso que se resumen en las siguientes:

Grupo Nominal (grupo de expertas/os). En el mismo se incorporarán profesionales de reconocido prestigio de la Generalitat Valenciana, Diputació de València, Ayuntamientos, y entidades del tercer sector.

Análisis de los datos secundarios que se desprendan de las memorias de Ayuntamientos, Diputación, Generalitat, Ministerio y principales entidades de acción social, corroboradas mediante encuesta telefónica.

Cuestionario a los principales actores del sistema, es decir a los trabajadores y trabajadoras sociales de los Servicios Sociales Comunitarios de la provincia de Valencia.

Estas técnicas han sido desarrolladas a lo largo del proceso investigador, en la que se han ido poniendo en relación planteamientos de tipo cuantitativo y cualitativo en un Plan de Trabajo que ha conestado de cinco fases tal y como se detalla en la figura 1.

Figura 1. Plan de trabajo de la investigación

Etapas	Actividades
1.- Puesta en marcha de la investigación a) Organizar equipo b) Constituir el grupo nominal (de expertas/os)	Reunión con entidades colaboradoras del proyecto; Diputación, Generalitat, Ayuntamiento de Valencia, Colegio Profesional de Trabajo Social, Caritas, Cruz Roja, Universitat de València. Seminario expertas/os
2.- Preparación del trabajo de campo a) Fuentes documentales b) Estudios previos c) Elaboración y preparación de instrumentos	Seminario metodología Seminario de Coordinación Seminario expertas/os
3.- Trabajo de Campo: recogida de información a) Análisis de fuentes b) Entrevistas telefónicas c) Grupos de Discusión d) Cuestionarios	Recogida de datos de todos los recursos específicos por ámbitos (diversidad funcional, tercera edad, menores, mujer, inmigrantes, salud mental, toxicomanías, familia e infancia...). Cotejo telefónico con los mismos. Recogida de datos de todos los recursos de Servicios Sociales generales y dependencia Contacto, envío y recogida de cuestionarios a profesionales

Etapas	Actividades
4.- Análisis de la información e informes parciales	Tratamiento cuestionario Tratamiento mapas recursos Seminario de expertas/os Avance de informes parciales en diversas publicaciones de libros y artículos científicos
5.- Informe definitivo y transferencia de resultados. Publicación de Resultados conjuntos para un mayor impacto y transferencia	I Jornada Internacional <i>El futuro de los Servicios Sociales en contexto de cambio</i> . Celebrada el 14/5/2015. III Jornada <i>Retos y desafíos en Servicios Sociales: El futuro de los Servicios Sociales Valencianos</i> . Celebrada el 26/11/2015 Publicación que nos ocupa: <i>Planificación, Ordenación y Mapificación de los Servicios Sociales en la provincia de Valencia</i>

Finalmente pasamos a describir en detalle las principales herramientas que han constituido los principales *outputs* de la investigación:

I. Constitución del grupo nominal

Para que el conjunto de la orientación de la investigación fuera participada de manera real mediante la Investigación-Acción participativa, se constituyó en octubre del 2012 un grupo de expertos que orientaran las bases de la investigación. Los convocados fueron:

INSTITUCIÓN	NOMBRE Y APELLIDOS
Generalitat Valenciana. Conselleria de Benestar Social	José Enrique Sánchez Menaya
Diputació de València. Àrea de Benestar Social.	Josep Pacheco Marco
Ajuntament de València. Concejalía de Benestar Social	Rosana Muñoz Sanz
Col.legi Professional de Treball Social	Francisca Ruiz Fernández
Carites Diocesana de València	Amparo Moreno Vañó
Creu Roja de la Comunitat Valenciana	Esther Bañuls Monroy
Ajuntament de Sagunt. Concejalía de Benestar Social.	Victoria Belis Herreros
Ajuntament de Foios. Concejalía de Benestar Social.	Mercè Martínez Llopis
Ajuntament de Quatretonda. Concejalía de Benestar	Mercè Lloret Boronat
Ajuntament de Siete Aguas. Concejalía de Benestar	Ricardo Casadó Tarín

Sus aportaciones, coincidentes casi plenamente con las del grupo motor de investigación de la Universitat de València, marcaron los objetivos de la investigación que hemos indicado al principio de esta metodología.

II. Mapificación de los recursos en la provincia de Valencia

En relación al objetivo 1 «Conocer el actual mapa de los Servicios Sociales en la provincia de Valencia, su distribución de programas/servicios y proyectos sociales y su coherencia territorial en función de las características sociodemográficas» se acometió a través de una Mapificación de los recursos sociales «especializados»³.

Teniendo en cuenta las dificultades analíticas que entraña la interdependencia multinivel propia de los Servicios Sociales (Estado, Generalitat Valenciana, Diputació de València, Mancomunidades, Ayuntamientos y entidades de acción social), se ha encontrado en la técnica de la mapificación una oportunidad de descripción pormenorizada de la situación basada en el territorio e implicando a los actores del sistema (trabajadores sociales de los equipo base) para identificar los servicios disponibles, su accesibilidad, utilización y coherencia en el territorio. Esta mapificación se organizó en tres fases:

1. **Análisis documental** (febrero-junio de 2013).
2. Esta fase contuvo las siguientes tareas: formar al equipo de investigación para esta fase en terminología del ámbito del Trabajo Social, aproximación a la tipología de recursos existentes, recopilación de los listados de fuentes oficiales y oficiosas, así como el contraste de estos listados con los y las profesionales del sector en concreto, corrigiéndolos y ampliándolos para recoger sus datos iniciales de identificación. Se utilizó el análisis documental (listados y documentos facilitados por las instituciones públicas) y se cotejó con la información que aparecía en la red, con la proporcionada por los y las profesionales de los Servicios Sociales generales sobre existencia de recursos en sus territorios, y con los profesionales de los propios recursos identificados.
3. **Grupo nominal para datos analíticos** (junio de 2013).
4. Nueva convocatoria del grupo nominal (panel de expertos/as) con trabajadores/as del sistema de Servicios Sociales mencionados anteriormente para consensuar que datos consideraban más relevantes con vistas a un análisis más complejo de la mapificación de los recursos existentes, y las circunstancias y particularidades que los envuelven. El resultado de este grupo nominal fue la concreción de los datos básicos con los siguientes ítems; titular y titularidad (público/privada) del recurso, empresa gestora y tipología de gestión (pública/privada/tercer sector), número de plazas y forma de acceso a las mismas (pública/privada) y existencia o no de trabajador/a social propio. Se realizó la sesión de trabajo del conjunto de los expertos con el equipo de investigación, se grabó la sesión y se transcribió, enviándola a todos los participantes para que hubiera retroalimentación.

3. Se indican con comillas ya que epistemológicamente no consideramos especializados a algunos de los servicios referenciados, aunque se ha dado esta conceptualización para mejor comprensión y agilidad de la investigación

5. ***Recogida de la información complementaria de los recursos y explotación de los datos obtenidos (Julio-octubre 2013)*** Encuesta telefónica con cada uno de los recursos de todos los sectores.

Los datos recogidos se han cartografiado para ofrecer una representación de los recursos lo más ajustada a la realidad. Para ello se ha recurrido a los Sistemas de Información Geográfica, y más concretamente se ha utilizado el programa ArcMap Versión 9.2 de ESRI⁴. Mediante esta herramienta se ha descompuesto la realidad con la que se ha trabajado (municipios, estadísticas de diversos recursos, datos demográficos, etc.), en distintas capas o estratos de información georreferenciados. En cada una de estas capas se ha almacenado la información cartográfica y/o alfanumérica a representar, a través de un proceso de transformación de los datos recogidos en las encuestas, censos, etc., en otros capaces de ser manipulados por el programa, con el fin de obtener precisamente la cartografía deseada. En dicho proceso, los modelos de análisis vectorial han sido los empleados en todo momento para el tratamiento y manipulación de los datos. Este modelo permite representar las entidades o individuos geográficos que existen en el mundo real, mediante objetos como puntos, líneas y polígonos, para a continuación, poder realizar las consultas o los mapas deseados (Barredo, 1996).

En nuestro caso, éstos representan la distribución de los recursos de Servicios Sociales existentes en la provincia de Valencia a finales de 2013, y algunas de sus principales características, como, por ejemplo: su titularidad, el tipo de gestión, la forma de acceso a las plazas existentes, y la cantidad de éstas (distinguiendo a la vez según la tipología de las mismas).

Los mapas generados para cada colectivo/sector de recursos analizado varían entre sí, es decir, dependen de la amplitud de recursos del sector y de la selección de la información más pertinente, si bien en todo caso se ha atendido a los siguientes parámetros de análisis:

1. mapa de cantidad de recursos de cada sector por municipios
2. mapa de titularidad (pública/privada) por recurso y sector, por municipio
3. mapa de tipo de gestión (pública/privada/tercer sector) por recurso y sector, por municipio
4. mapa de tipología de acceso a las plazas (públicas /privadas) por recurso y sector, por municipio, y
5. mapa de cantidad de tipos de plazas (públicas/privadas) por recurso y sector, por municipio.

4. Agradecemos al Departamento de Geografía de la Universitat de València y concretamente, a su Laboratorio SIG, la disponibilidad mostrada para utilizar el programa mencionado, así como la ayuda de su personal técnico.

III. Grupo de expertos para el análisis del actual Sistema Valenciano de Servicios Sociales

Para el cumplimiento del objetivo nº 2 «Analizar el proceso seguido en los últimos treinta años, identificando obstáculos, dificultades y necesidades que presenta para su consolidación y cumplimiento eficaz de los fines que tiene asignados» se convocó un grupo de expertos con este único fin. Se realizaron con ellos un total de 4 sesiones, desde noviembre del 2013 a febrero del 2014, que concluyeron con la aprobación consensuada del documento sintético *Características del Modelo Valenciano de Servicios Sociales* que se incluye en el capítulo 2 de este libro.

El grupo nominal sobre el Modelo Valenciano de Servicios Sociales fue el siguiente:

INSTITUCIÓN	NOMBRE Y APELLIDOS
Departament de Treball Social i Serveis Socials. Universitat de València.	F. Xavier Uceda-Maza
Departament de Treball Social i Serveis Socials. Universitat de València.	Lucía Martínez-Martínez
Generalitat Valenciana. Conselleria de Benestar Social	Miguel García Aya
Generalitat Valenciana. Conselleria de Benestar Social	M ^a Jesús Soriano Mira
Generalitat Valenciana. Conselleria de Benestar Social	José Enrique Sánchez Menaya
Diputació de València. Àrea de Benestar Social.	Francisco Andrés Arseguet
Càrites Diocesana de València	Amparo Moreno Vañó
Ajuntament de Foios. Concejalia de Benestar Social.	Mercè Martínez Llopis
Ajuntament d'Alzira. Concejalia de Benestar	Joan Rovira Prats

IV. Cuestionarios sobre los Servicios Sociales Generales a los municipios de la provincia de Valencia

Para la consecución del tercer objetivo de «Realizar una aproximación a la situación actual de los Servicios Sociales comunitarios tomando como referencia su vocación de universalidad» se diseñó un cuestionario que se remitió a los 266 municipios de la provincia de Valencia. Este cuestionario tuvo varias fases en su creación y manejo:

1. *Seminario de expertos* (Enero 2014) entre los investigadores y profesionales del ámbito comunitario que orientaron la conveniencia de determinadas preguntas y sobre la información óptima de la que podrían disponer los/as

trabajadores/as sociales de los Servicios Sociales generales para los fines de nuestra investigación⁵.

2. *Realización del cuestionario* (enero 2014 a marzo 2014) que necesitó de múltiples pretest⁶ y modificaciones hasta su formato final.
3. *Contacto telefónico personal* (abril-mayo de 2014). Se contactó con las y los trabajadores sociales de Servicios Sociales generales, allí donde hubiera más de un profesional en este nivel de intervención se contactó con los coordinadores de los servicios, para explicar los fines de la investigación, solicitar su colaboración, negociar su forma de envío y devolución, y al mismo tiempo recabar datos sobre los mismos con especial énfasis en la estructura territorial de competencia; municipios con servicios comunitarios propios o prestados dentro del marco de mancomunidades o de otras formas de distribución territorial⁷.
4. *Recepción de cuestionarios* de mayo a Julio del 2014
5. *Tratamiento estadístico* mediante el SPSS⁸ de los cuestionarios que se realizó desde julio a octubre de 2014.

V. Transferencia de Resultados

Para el cumplimiento del cuarto objetivo de «Ofrecer a los poderes públicos, profesionales del Sistema y organizaciones de usuarios y usuarias un análisis para que a través de propuestas pueda servir de base para acometer las reformas que resulten necesarias para el eficaz funcionamiento, actual y futuro, de los Servicios Sociales» se han producido hasta el momento diversas transferencias parciales de los resultados de esta investigación, mediante Jornadas y Publicaciones.

Se han realizado dos Jornadas de transferencia de resultados. La primer realizada el 14 de mayo de 2015 con el título I Jornada Internacional, *El futuro de los Servicios Sociales en contexto de cambio*, con asistencia de más de 200 profesionales del sector y donde se superó de forma exponencial la demanda de inscripciones. Ante el éxito de la demandase amplió la transferencia de estos resultados a una siguiente jornada para dar cabida a más profesionales interesados en el proceso. Esta segunda jornada tuvo modificaciones a la anterior, pero su base principal fue

5. Los diversos bloques temáticos sobre los que se decidió preguntar fueron: Identificación del centro social (localización, accesibilidad, infraestructuras.), recursos humanos, programas, planificación estratégica y gestión, coordinación, formación, efectividad, financiación, y nuevas demandas y usuarios por la actual crisis económica.

6. Los pretest se realizaron entre los estudiantes de Adaptación al Grado de Trabajo Social que eran profesionales en ejercicio en el ámbito comunitario.

7. Se debe recordar que los Servicios de atención a la Dependencia (SEAD) se distribuyeron por el territorio de forma unilateral por la Conselleria de Bienestar Social.

8. SPSS: *Statistical Package for the Social Sciences*. Programa estadístico informático de amplio uso en las ciencias sociales.

la devolución de los resultados de esta investigación sobre el Sistema de Servicios Sociales Valenciano. Se realizó el 26 de noviembre de 2015 con el título de III Jornadas⁹ *Retos y Desafíos en Servicios Sociales: el futuro de los Servicios Sociales Valencianos*, con un aforo completo y de capacidad de 580 personas.

Fruto de la investigación y de la transferencia de resultados de la Jornada del mes de mayo se publicó *El futuro de los Servicios Sociales en contexto de cambio.*, que contiene ponencias y conclusiones de las mesas de trabajo donde se combina el trabajo académico y, especialmente el de los profesionales de los Servicios Sociales.

Como transferencia de resultados también se ha colaborado en la obra colectiva *Democracia desde Abajo. Nueva agenda para el gobierno local*¹⁰, donde el equipo investigador aporta propuestas de reforma del régimen local en lo concierne a los Servicios Sociales, y que se ofreció a todos los partidos políticos como instrumento de información ante las elecciones autonómicas y locales de mayo de 2015.

La publicación en revistas del sector ha sido en la revista que pensamos que mayor impacto tendría para el propósito de transferencia de resultados y empoderamiento de los profesionales de los Servicios Sociales, en la revista científica del ámbito, TS Nova nº 11 (1^{er} semestre 2015) con el título *Pasado, presente y futuro de los Servicios Sociales Municipales en la Comunidad Valenciana: diagnóstico y propuesta para una nueva época*.

Referencias bibliográficas

- BARREDO, J. L. (1996): *Sistemas de información geográfica y evaluación multicriterio en la ordenación del territorio*, Madrid. Ra-Ma.
- DENZIN, N. (1978): *The research act. A theoretical introduction to sociological methods*. McGraw-Hill: NY.
- MONTAÑÉS, M. (2009): *Metodología y técnica participativa. Teoría y práctica de una estrategia de investigación participativa*. Barcelona. Universitat Oberta de Catalunya.
- GARCÍA FERRANDO, M. IBAÑEZ, J. Y ALVIRA, F. (2005): *El análisis de la realidad social: métodos y técnicas de investigación*. Madrid. Alianza
- MORIN, E. (1997): *El Método*. Madrid. Cátedra.

9. Son las ya clásicas jornadas de debate sobre el sistema de Servicios Sociales tituladas *Retos y Desafíos en Servicios Sociales: el futuro de los Servicios Sociales Valencianos* que viene realizando desde el año 2013 el Colegio Oficial de Trabajadores Sociales de Valencia con la colaboración de la Facultat de Ciències Socials.

10. Romero, J y Boix, A. (2015). *Democracia desde Abajo. Nueva agenda para el gobierno local*. (pp. 207-233). Se puede consultar en <http://bit.ly/2dhiVBo> Publicado en marzo de 2015 y abierto en la red para acceso libre.

- PEREDA, C. DE PRADA, M.A. ACTIS, W. (2003): *Investigación-acción Participativa. Propuesta para un ejercicio activo de la ciudadanía*. Conferencia; Encuentro de la Consejería de la Juventud. Córdoba. Consultado en <http://bit.ly/2cAsIqv>
- RODRÍGUEZ VILLASANTE, T. (2002): *Construyendo ciudadanía*. Madrid. El Viejo Topo.
- VALLÉS, M. (1999): *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid. Síntesis.



Los Servicios Sociales en la provincia de Valencia. Análisis territorial, estado de la cuestión es fruto de una investigación exhaustiva sobre el Sistema de Servicios Sociales en la provincia de Valencia.

Se analizan los dos niveles del sistema desde una perspectiva territorial. Para el nivel de Servicios Sociales generales se presentan datos sobre su organización y funcionamiento, fruto de una encuesta realizada a todos los centros municipales de Servicios Sociales de la provincia. El nivel de Servicios Sociales especializados se ha investigado desde su perspectiva clásica de sectores poblacionales o de necesidades, identificando y recabando datos directamente desde los servicios existentes, con especial referencia a su distribución territorial.

Para ambos niveles se presenta información sobre su nacimiento y desarrollo, la legislación que los guía, planificación y organización actual, comparativas con otras Comunidades Autónomas y propuestas de futuro.

Los Servicios Sociales son un sistema del Bienestar Social amplio, complejo y multinivel. Por su implantación municipal y su función de intervención comunitaria para la prevención y la atención de necesidades sociales, es el sistema de mayor proximidad a la ciudadanía y, a pesar de ello, es uno de los sistemas del bienestar más desconocido, por la ausencia de información y de publicaciones integrales sobre el mismo.

Este libro tiene la intención de ser un texto de referencia para consulta profesional, tanto para la investigación como para la planificación y organización del sistema, así como ser un texto divulgativo general sobre los Servicios Sociales.

