

SISTEMAS Y POLÍTICAS DE BIENESTAR UNA PERSPECTIVA INTERNACIONAL

Enrique Pastor Seller
(Editor)

Cristina De Robertis

Annamaria Campanini

María Jesús Rodríguez García

Enrique Pastor Seller

María Rosa Herrera Gutiérrez

Cristina Mateos Mora

Héctor Luis Díaz Díaz

Isabel Maria do Nascimento Santana

Jorge M. Leitão Ferreira

Alfredo Hidalgo Lavié

Javier Simonovich

Ana Isabel Lima Fernández

Carmen Verde Diego

Encarna Peláez Quero

Angélica De Sena

Antonia Picornell-Lucas

Erika Roffler

Francisco Caravaca Sánchez

María Jesús Úriz Pemán

Francisco Idareta Goldaracena

Pablo Álvarez Pérez



Dykinson, S.L.

**SISTEMAS Y POLÍTICAS DE BIENESTAR.
UNA PERSPECTIVA INTERNACIONAL**

EDITOR
ENRIQUE PASTOR SELLER

SISTEMAS Y POLÍTICAS DE BIENESTAR. UNA PERSPECTIVA INTERNACIONAL

AUTORES:

CRISTINA DE ROBERTIS
ANNAMARIA CAMPANINI
MARÍA JESÚS RODRÍGUEZ GARCÍA
ENRIQUE PASTOR SELLER
MARÍA ROSA HERRERA GUTIÉRREZ
CRISTINA MATEOS MORA
HÉCTOR LUIS DÍAZ DÍAZ
ISABEL MARIA DO NASCIMENTO SANTANA
JORGE M. LEITÃO FERREIRA
ALFREDO HIDALGO LAVIÉ
JAVIER SIMONOVICH
ANA ISABEL LIMA FERNÁNDEZ
CARMEN VERDE DIEGO
ENCARNA PELÁEZ QUERO
ANGÉLICA DE SENA
ANTONIA PICORNELL-LUCAS
ERIKA ROFFLER
FRANCISCO CARAVACA SÁNCHEZ
MARÍA JESÚS ÚRIZ PEMÁN
FRANCISCO IDARETA GOLDARACENA
PABLO ÁLVAREZ PÉREZ

Dykinson, S. L.

No está permitida la reproducción total o parcial de este libro, ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio, sea este electrónico, mecánico, por fotocopia, por grabación u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito del editor. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (art. 270 y siguientes del Código Penal).

Diríjase a Cedro (Centro Español de Derechos Reprográficos) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra. Puede contactar con Cedro a través de la web www.conlicencia.com o por teléfono en el 917021970/932720407.

Este libro ha sido sometido a evaluación por parte de nuestro Consejo Editorial
Para mayor información, véase www.dykinson.com/quienes_somos

El contenido integro del libro ha sido sometido a revisión externa ciega por expertos pares (peer-review)

© Copyright by
Los autores
Madrid, 2017

Editorial DYKINSON, S.L. Meléndez Valdés, 61 - 28015 Madrid
Teléfono (+34) 91 544 28 46 - (+34) 91 544 28 69
e-mail: info@dykinson.com
<http://www.dykinson.es>
<http://www.dykinson.com>

ISBN: 978-84-9148-415-8

Maquetación:
Germán Balaguer - german.balaguer@gmail.com

ÍNDICE

FRANCIA: POLÍTICAS SOCIALES, EVOLUCIONES Y DEBATES. EL EJEMPLO DEL RECURSO DE SOLIDARIDAD ACTIVA13

CRISTINA DE ROBERTIS

1. ORÍGENES DE LA SOLIDARIDAD NACIONAL.....14
2. LA PROTECCIÓN SOCIAL UNIVERSAL Y LAS GRANDES INSTITUCIONES NACIONALES.....15
3. DE LA PROTECCIÓN A LA “ACTIVACIÓN” UN NUEVO PARADIGMA16
4. LAS POLÍTICAS SOCIALES DE ACTIVACIÓN: EJEMPLO DEL RECURSO DE SOLIDARIDAD ACTIVA (RSA).....21
5. DEBATES Y CUESTIONAMIENTOS.....24
6. BIBLIOGRAFÍA27

LOS TRABAJADORES SOCIALES Y LA PRÁCTICA POLÍTICA EN ITALIA.....29

ANNAMARIA CAMPANINI

1. LA PRÁCTICA POLÍTICA: ALGUNAS PREMISAS29
2. LA PRÁCTICA POLÍTICA Y LOS TRABAJADORES SOCIALES33
3. LA SITUACIÓN EN ITALIA.....34
4. LOS RESULTADOS DE ALGUNAS INVESTIGACIONES.....38
5. BIBLIOGRAFÍA42

POLÍTICAS DE BIENESTAR EN EL ÁMBITO LOCAL: EL CASO ESPAÑOL... 45

MARÍA JESÚS RODRÍGUEZ, ENRIQUE PASTOR SELLER, MARÍA ROSA HERRERA Y

CRISTINA MATEOS

1. INTRODUCCIÓN46
2. ESTADO DEL BIENESTAR Y SISTEMA DE GOBIERNO LOCAL EN ESPAÑA.....47
3. LOS SERVICIOS PÚBLICOS LOCALES50
4. HACIA EL DESARROLLO DE LAS ACTUACIONES INTEGRALES: EL CASO DE LA REGENERACIÓN URBANA54
5. CONSIDERACIONES FINALES.....58
6. BIBLIOGRAFÍA59

ORIGEN, DESARROLLO Y CARACTERÍSTICAS DEL ESTADO DE BIENESTAR SOCIAL EN LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA.....61

HÉCTOR LUIS DÍAZ DÍAZ

1. INTRODUCCIÓN62
2. CONTEXTO HISTÓRICO.....63
3. CONTEXTO POLÍTICO Y LEGAL66
4. CONTEXTO CULTURAL DEL SISTEMA DE BIENESTAR SOCIAL.....70
5. CONTEXTO ECONÓMICO72
6. EL ESTADO DE BIENESTAR SOCIAL DE LOS ESTADOS UNIDOS EN COMPARACIÓN CON OTROS SISTEMAS.....73
7. CONCLUSIONES.....74
8. BIBLIOGRAFÍA75

POLÍTICAS PÚBLICAS EM PORTUGAL: A HABITAÇÃO, O PARENTE POBRE DAS POLÍTICAS SOCIAIS?77

ISABEL MARIA DO NASCIMENTO SANTANA, JORGE LEITÃO FERREIRA Y ENRIQUE PASTOR SELLER

1. DINÂMICAS HABITACIONAIS GLOBALIZADAS E O DEBATE EUROPEU78
2. AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE HABITAÇÃO EM PORTUGAL E A CONSTRUÇÃO DO ESTADO SOCIAL.....80
3. NOVAS FUNÇÕES PÚBLICAS NAS POLÍTICAS HABITACIONAIS82
 - 3.1. Estratégias de gestão e intervenção territorial municipal84
 - 3.2. Programas da política municipal de habitação em Lisboa.....85
 - 3.3. Novos modelos de organização e a participação dos cidadãos na política municipal de habitação88
4. NOTAS CONCLUSIVAS90
5. BIBLIOGRAFIA92

POLÍTICAS PÚBLICAS Y SOCIALES EN EL ESTADO DE ISRAEL. UNA APROXIMACIÓN A LAS PRINCIPALES TRANSFERENCIAS MONETARIAS 95

ALFREDO HIDALGO LAVIÉ Y JAVIER SIMONOVICH

1. CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE LA CONFIGURACIÓN DEL MODELO ISRAELÍ DE BIENESTAR SOCIAL.....96

ÍNDICE

2.	DETERMINANTES HISTÓRICO-POLÍTICOS DEL ESTADO DE BIENESTAR ISRAELÍ	99
3.	LA POLÍTICA DE SEGURIDAD NACIONAL, TALÓN DE AQUILES DE LA INVERSIÓN PÚBLICA EN MATERIA DE BIENESTAR.....	101
4.	PRINCIPALES TRANSFERENCIAS MONETARIAS	104
	Política de familia e infancia.....	105
	Política de pensiones de la tercera edad	106
	Protección social por desempleo.....	107
5.	CONCLUSIONES.....	107
6.	BIBLIOGRAFÍA	108

EL SISTEMA DE SERVICIOS SOCIALES Y DEPENDENCIA EN ESPAÑA.....

ENRIQUE PASTOR SELLER, CARMEN VERDE-DIEGO, ENCARNA PELÁEZ QUERO Y ANA ISABEL LIMA FERNÁNDEZ

1.	ANTECEDENTES Y CREACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES EN ESPAÑA.....	112
2.	EL MARCO AUTONÓMICO Y LOCAL EN LOS SERVICIOS SOCIALES: ESTRUCTURA, NIVELES DE ATENCIÓN Y FINES ...	113
3.	LA EVOLUCIÓN DEL SISTEMA DE SERVICIOS SOCIALES EN ESPAÑA	115
	Las generaciones de leyes autonómicas de servicios sociales	115
	Catálogos y cartera de servicios	116
4.	LA PROMOCIÓN Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS Y FAMILIAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA EN ESPAÑA: LA LEY 39/2006, DE 14 DE DICIEMBRE	119
	Desarrollo normativo, conceptos, objeto, y prestaciones.....	119
	Situación actual tras una década de gestión de la Ley: impacto social	124
5.	CONCLUSIONES.....	127
6.	BIBLIOGRAFÍA	128

MUCHOS, OCUPADOS Y BENEFICIARIOS PARA TODA LA VIDA: POLÍTICAS SOCIALES, SOCIABILIDADES Y SENSIBILIDADES EN ARGENTINA

ANGÉLICA DE SENA

1.	POLÍTICAS SOCIALES Y SENSIBILIDADES.....	131
2.	DÉCADAS RECIBIENDO UN PROGRAMA SOCIAL Y CONSTRUYENDO SENSIBILIDADES: “MASIVIDAD”, “COBERTURA DE POR VIDA”, “INTERGENERACIONALIDAD”, “OCUPABILIDAD”	134

-
3. ALGUNAS REFLEXIONES A MODO DE APERTURA DE DISCUSIONES142
 4. BIBLIOGRAFÍA143

AVANCES Y DESAFÍOS EN LA PROTECCIÓN SOCIAL DE LA INFANCIA EN EL SIGLO XXI: LOS CASOS DE ARGENTINA Y ESPAÑA EN PERSPECTIVA COMPARADA.....147

ANTONIA PICORNELL-LUCAS Y ERIKA ROFFLER

1. INTRODUCCIÓN148
2. ALGUNAS NOTAS CONCEPTUALES SOBRE LA PROTECCIÓN SOCIAL Y LOS DERECHOS DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA149
3. EL CASO DE ESPAÑA149
4. EL CASO DE ARGENTINA.....154
5. A MODO DE REFLEXIONES FINALES TRANSVERSALES158
6. BIBLIOGRAFÍA160

SISTEMAS Y PROGRAMAS SANITARIOS DIRIGIDOS A LA POBLACIÓN PRIVADA DE LIBERTAD EN ESPAÑA.....163

FRANCISCO CARAVACA SÁNCHEZ Y ENRIQUE PASTOR SELLER

1. LA SALUD DE LAS PERSONAS EN PRISIÓN DESDE UNA PERSPECTIVA INTERNACIONAL.....164
 - Estrategias en materia de salud mental166
 - Principales limitaciones en materia de salud mental168
2. LA SALUD DE LA POBLACIÓN PENITENCIARIA EN ESPAÑA ...168
 - Situación de la salud mental.....170
3. ESTRATEGIAS EN MATERIA DE SALUD MENTAL EN ESPAÑA... 171
 - Sistema nacional de salud.....171
 - Talleres sobre hábitos mentales saludables en prisión.....172
 - Programa de atención integral a enfermos mentales.....172
4. PERSPECTIVAS FUTURAS175
5. BIBLIOGRAFÍA176

HACIA UNA POLÍTICA DE BIENESTAR SOCIAL GARANTE DEL CUIDADO: MÁS ALLÁ DE LA ÉTICA DE LA JUSTICIA181

MARÍA JESÚS ÚRIZ PEMÁN Y FRANCISCO IDARETA GOLDARACENA

1. INTRODUCCIÓN182
2. UNA PROPUESTA ÉTICA: ARMONIZAR EL CUIDADO Y LA JUSTICIA.....182

ÍNDICE

Moral concreta y contextual.....	183
La autonomía relacional.....	183
El contexto concreto.....	184
La obligación de cuidar.....	184
3. EL CUIDADO Y LAS POLÍTICAS DEL CUIDADO.....	185
El cuidado como concepto multidimensional y global.....	186
Algunas políticas del cuidado en Europa.....	188
El cuidado como una práctica democrática.....	190
4. CONCLUSIONES.....	192
5. BIBLIOGRAFÍA.....	193

POBREZA Y EXCLUSIÓN: REINTERPRETACIÓN DESDE EL TRABAJO SOCIAL PARA UN SISTEMA DE BIENESTAR SOSTENIBLE.....

JORGE M. L. FERREIRA Y PABLO ÁLVAREZ PÉREZ

1. LA EXCLUSIÓN COMO PROCESO.....	197
2. DIMENSIONES SUBYACENTES A LA EXCLUSIÓN.....	199
3. LA MULTIFACTORIALIDAD Y MULTIDIMENSIONALIDAD DE UN FENÓMENO COMPLEJO.....	200
4. LA MULTIFACTORIALIDAD DE LA EXCLUSIÓN EUROPEA EN DATOS: ¿REALIDAD <i>ESTABLE</i> ?.....	202
5. UNA MIRADA DESDE EL TRABAJO SOCIAL FRENTE AL PROBLEMA DE LA POBREZA.....	204
6. POLÍTICAS SOCIALES, POBREZA Y TRABAJO SOCIAL.....	205
7. REFLEXIONES FINALES.....	209
8. BIBLIOGRAFÍA.....	210

FRANCIA: POLÍTICAS SOCIALES, EVOLUCIONES Y DEBATES. EL EJEMPLO DEL RECURSO DE SOLIDARIDAD ACTIVA

Cristina De Robertis

*Trabajadora social, docente, ex directora del Institut de Formation de Travail social de Toulon (83).
Directora colección Trabajo Social en Presses de l'EHESP de Rennes y miembro comité redacción
Revue Française de Service Social (ANAS) de Paris. Francia*

Sumario: Orígenes de la solidaridad nacional. La protección social universal y las grandes instituciones nacionales. La Constitución de 1946. Los derechos universales. De la protección a la “activación” un nuevo paradigma. Las políticas sociales de activación, el ejemplo del recurso de solidaridad activa. Características. El recurso de solidaridad activa. Debates y cuestionamientos. Situación laboral. No reclamo de derechos. Fragmentación de las respuestas sociales. Rol del trabajador social. Bibliografía.

Resumen: Las políticas de protección social han sido organizadas por la sociedad para apoyar y sostener sus miembros en los momentos de dificultad. Esta noción se refiere al conjunto de los sistemas destinados a la protección de los individuos contra las consecuencias de los riesgos sociales. Tienen como finalidad aumentar el bienestar global de la sociedad y asegurar los derechos sociales esenciales a los ciudadanos: derecho al trabajo, a la salud, a la seguridad material (Barreyre & Bouquet, 2006). Las políticas sociales en Francia tienen una larga historia. En este capítulo serán rápidamente evocados los orígenes, las evoluciones y los debates actuales. Se trata de dar un panorama global y sintético para una mejor comprensión del conjunto. Esta evolución pasa por varios periodos que podemos caracterizar como: la solidaridad nacional, la protección frente a los riesgos y las políticas actuales de activación. Como ejemplo de estas se presentará el recurso mínimo de solidaridad activa. ¿Cuál es el lugar del trabajo social, cuáles son sus roles y atributos en relación con las políticas sociales en general y las instituciones sociales en particular? Este será el último punto de este texto.

Conceptos centrales: Políticas sociales, solidaridad, protección social universal, políticas sociales de activación, recurso de solidaridad activa (RSA).

1. ORÍGENES DE LA SOLIDARIDAD NACIONAL

En Francia, la protección social toma sus raíces en la historia. Es la revolución francesa la que en 1793 proclama que todos los ciudadanos tienen derecho a la asistencia. El artículo 21 de la Constitución del 24 de junio de 1793 especifica: “los socorros públicos son una deuda sagrada: la sociedad debe asegurar la subsistencia al ciudadano desdichado”. El mismo año la ley organiza un “servicio nacional de asistencia”. Estos principios de la Revolución Francesa van a inspirar el pasaje progresivo de la beneficencia a la asistencia y a la laicización de la respuesta a los indigentes durante todo el siglo XIX. Entonces la sociedad contracta una deuda hacia los más necesitados y les confiere el derecho a ser asistidos (Outin, 2016).

La historia del siglo XIX está marcada por lo que se llamó la “cuestión social”. En esta época, la revolución industrial ocasiona gran número de trabajadores desplazados (éxodo rural), desarraigados, viviendo miserablemente y con muchos problemas derivados del trabajo penoso y las malas condiciones de vida. Durante este período progresó la idea de protección y se concretizaron medidas imponiendo la limitación de la duración del trabajo en 1841 (interdicción del trabajo en las fabricas de los niños de menos de 8 años, limitación de la duración del trabajo a 12 horas por día para los niños de 8 a 12 años) y en 1848 (limitándola a 10 horas diarias en París y a 11 horas en provincia). Es también entonces que la II^o república incluye la “fraternidad” en la divisa republicana y afirma la obligación de protección, de instrucción y de asistencia para todos.

Es al final del siglo que se vota la creación de la Asistencia Pública (1880) que proclama: “Se debe asistencia pública a aquellos que se encuentran, temporaria o definitivamente, en la imposibilidad física de subvenir a las necesidades de la vida”. Ulteriormente se proclaman otros textos que reglamentan las condiciones de trabajo, el trabajo de las mujeres y los menores. En esa época también se desarrollan los movimientos mutualistas.

Al principio del siglo XX son promulgadas una serie de leyes sobre la previsión colectiva, la jubilación, la asistencia a la infancia, a los “ancianos, enfermos e incurables”, la ayuda a las mujeres parturientas y a las familias numerosas sin recursos. Se instaura también la ayuda médica gratuita para los indigentes. Así, progresivamente, se organizan las primicias de lo que será más tarde la institucionalización de la protección social.

Entre las dos guerras mundiales se organizan las primeras instituciones de seguridad social (1928) y de asignaciones familiares (1932) creadas por los empresarios.

Durante todo este periodo la protección social y la solidaridad social se destinaban a las personas necesitadas. Habrá que esperar el final del segundo conflicto mundial para que nazcan las políticas sociales protectoras y creadoras de derechos sociales, generales y tendientes a la universalidad (Valtriani, 1999; Lochen, 2008).

2. LA PROTECCIÓN SOCIAL UNIVERSAL Y LAS GRANDES INSTITUCIONES NACIONALES

La constitución de 1946

Antes de la liberación, en 1944, el Consejo Nacional de la Resistencia (CNR) proclama los derechos sociales que serán incluidos en el preámbulo de la Constitución de la República Francesa de 1946 y que están siempre vigentes. Se trata de derechos sociales para todos y no solamente para los pobres (derecho a la salud, el trabajo y la vivienda) “La nación asegura al individuo y a la familia las condiciones necesarias a su desarrollo”, esta obligación es declinada en la línea siguiente “sobre todo al niño, a la madre y a los trabajadores ancianos, la protección de la salud, la seguridad material, el reposo y el ocio”. Especifica también que “toda persona que, en razón de su edad, de su estado físico o mental, de la situación económica, se encuentra en la imposibilidad de trabajar, tiene derecho a obtener de la colectividad los medios decorosos de existencia”. Esta frase del preámbulo de la Constitución Francesa fue retomada en 1988 en el primer artículo de la ley sobre el recurso mínimo de inserción (RMI).

Los derechos universales

La universalización de los derechos se concretiza durante el período de reconstrucción después de la segunda guerra mundial. Se crean entonces las grandes instituciones de protección social destinadas a ayudar ante los riesgos de la vida. La “seguridad social” cubre los riesgos de la enfermedad y todo lo relacionado con la salud de la población. La carga de los niños es compensada por las asignaciones familiares destinadas también a favorecer la natalidad muy baja ya en aquella época. La Caja Nacional de seguros de vejez dará las pensiones de jubilación a las personas mayores para asegurarles los medios de subsistencia dignos y el reposo bien merecido. Las cajas de seguros de desocupación se crean para compensar el riesgo de pérdida del trabajo y la subsistencia durante el período intermedio antes de encontrar un nuevo empleo.

Las políticas sociales de protección al salir de la guerra, generan derechos a partir del trabajo. Trabajadores y empresarios cotizan una parte del salario que pasa directamente a alimentar las cajas de protección social, la cotización es entonces una parte integral del salario que no es vertida al trabajador pero que constituye un *salario diferido* que financia la protección de todos. Los fondos así *redistribuidos* aseguran el bienestar general, es un régimen de seguros universal. Pero es también un sistema de repartición, es decir que son las personas activas que con sus aportes financian, es la *solidaridad colectiva* la que aporta lo necesario para todos. Las pensiones, las asignaciones familiares, el seguro de salud o de desocupación son financiados con las cotizaciones de los activos cualquiera sea su propia situación.

Con todo, esta protección de tipo seguros no cubre necesariamente todas las personas ni todos los riesgos que están cubiertos por el seguro social. Otras políticas sociales se instauran aplicando otras modalidades de financiación. Por ejemplo las medidas de “ayuda social” (*aide sociale*) se aplican a todos aquellos que no tienen una cobertura del sistema de seguros si la familia no puede subvenir a sus necesidades. Además, ciertas personas pueden beneficiar según los casos de subsidios, en general puntuales, para solventar una situación de dificultad momentánea o pasajera, o para apoyarla en la resolución de sus problemas. Estas ayudas financieras son atribuidas por comisiones que estudian la demanda, el legajo que, en general, comporta un diagnóstico del trabajador social. Existen también otras medidas de protección y de prevención destinadas a categorías específicas de población o a problemas sociales particulares: protección materna e infantil, protección de la infancia, lucha contra ciertos problemas médico-sociales tales como la lucha contra la toxicomanía, las enfermedades mentales, la prostitución, etc. Todas estas políticas de prevención y de protección son financiadas por el presupuesto del Estado, es decir por el impuesto.

El periodo que va del final de la segunda guerra mundial hasta los años 1980 se ha denominado “Les trente glorieuses” (los treinta años gloriosos) es decir los años de prosperidad, de desarrollo, de acumulación de riquezas. Años durante los cuales se construyó el sistema de protección social universal, se desarrollaron las profesiones sociales, se mejoró el nivel de vida de la mayor parte de la población.

Y hoy, ¿qué queda de estas adquisiciones? ¿Es el final del Estado social?

3. DE LA PROTECCIÓN A LA “ACTIVACIÓN” UN NUEVO PARADIGMA

La evolución económica del capitalismo globalizado y post industrial ha ocasionado en Francia un trastorno de la protección social y de las políticas sociales.

El periodo de crecimiento económico y de pleno empleo se terminó con la reestructuración internacional del mercado. ¿Asistimos entonces al final del Estado social, a la “inseguridad social” y al “aumento de las incertidumbres”? (Castel, 2003 y Castel, 2009)

El aumento del número de personas en situación de desempleo disminuye los aportes al régimen de seguros de la protección social universal y de manera concomitante aumentan las demandas de ayuda social. El número de personas sin empleo o con un empleo precario, los trabajadores pobres –es decir aquellos que no ganan lo suficiente para tener una vida digna– cambian completamente los equilibrios económicos preexistentes. Francia cuenta entre 5 y 8.8 millones de pobres (Observatoire des inégalités, 2014) según si se aplican el cálculo francés o europeo¹. Entre el 2004 y el 2013 el número de personas pobres ha aumentado en más de un millón de personas (Damon, 2016). Los beneficiarios de los recursos mínimos son en 2015, aproximadamente 1 700 000 personas (Direction de la Recherche, des Etudes, de l’Evaluation et des Statistiques DREES, 2015). Los desocupados inscritos a la Agencia nacional por el empleo (Pôle Emploi) eran 5 millones y medio en agosto del 2016. La precarización de la población aumenta y las asociaciones caritativas hacen llamados urgentes a los poderes públicos y a la generosidad ciudadana para brindar ayuda material y alimento a los numerosos pobres que los solicitan.

Como lo afirma R. Castel (1999) el cambio no es una innovación absoluta sino que al contrario es el producto de una metamorfosis, es decir una síntesis del pasado y del presente, de lo mismo y de lo otro. Precisamente, de manera progresiva, con ciertos altibajos, asistimos desde los años 80 al presente, a una dinámica de des-colectivización de los derechos y protecciones sociales ligadas al trabajo, y a una individualización cada vez mayor.

En efecto, la emergencia del valor “individuo” se construyó poco a poco, pero hoy atraviesa toda la sociedad y deviene el valor de referencia. Se espera que las personas sean autosuficientes, responsables, actoras de su devenir, móviles, dinámicas, capaces de reconvertirse, de adaptarse, de tomar iniciativas, de ocupar distintos puestos de trabajo, de abarcar nuevas profesiones, etc. Son los que Robert Castel (2009, p. 424) denomina “individuos por exceso”. Estas personas tienen éxito en la nueva configuración de la sociedad, están “conectados”, tienen redes propicias, aprovechan al máximo la libertad de emprender y de experimentar. Son los “IN” del sistema. Benefician de “capitales sociales” y culturales

¹ Tasa de pobreza en Francia = 50% del salario medio ; Europa = 60% del salario medio.

elevados (Bourdieu, 1993) indispensables para sobrevivir y aprovechar del nuevo sistema. Citando a Castel (2009, p. 424) digamos que “la exhortación a ser un individuo se generaliza. Pero puede tomar significados diferentes y al límite opuestos. Ciertos individuos se acomodan muy bien de estas nuevas exigencia y aumentan sus posibilidades y devienen super competitivos. Son los ganadores de estas transformaciones... Para ellos esto puede efectivamente traducirse en una eficiencia mayor y una ganancia en autonomía. Es sobre el éxito de ellos que reposa el discurso empresarial y neoliberal dominante que celebra el espíritu de empresa y las performances del individuo liberado del peso de los reglamentos y frenos impuestos por los controles burocráticos, jurídicos o estatales”. Estos son los que están hoy INCLUIDOS;

¿Pero, y los demás? El discurso dominante habla poco del precio que pagan los otros, aquellos que no pueden dominar el cambio ni adaptarse a las nuevas exigencias. Ellos no obtuvieron la formación ni el acompañamiento necesario para asumir dichas transformaciones, no poseen el “capital social” necesario para afrontar los cambios de este mundo de individuos. Entonces vemos cada vez más personas con dificultades, los “excluidos”, los “desafiliados”, los dejados al margen. Son los “OFF”, aquellos que Castel (2009, p.434) llama los “individuos por carencia” (individus par défaut). Esta categoría está compuesta de personas que han perdido su situación anterior (desocupados de larga duración, trabajadores intermitentes o precarios), o que no encuentran la manera de integrar el sistema (jóvenes, mujeres). Están en esta situación las personas poco calificadas, con escasa formación, con relaciones y competencias limitadas, que constituyen un número creciente de individuos afectados por la nueva situación económica e ideológica actual. Son los que penan a integrarse y están DESAFILIADOS.

A medida que surgen estas rupturas se definen nuevas orientaciones de las políticas sociales nacionales. Ellas tienden a la creación de un Estado social activo (Rouzeau, 2016), ésta definición está muy en boga a nivel internacional. Se trata por un lado de estimular las competencias de las personas y de su entorno personal y por otro movilizar los recursos colectivos de proximidad. Se pasa entonces de políticas sociales centradas en la protección a otras que favorecen la activación, la movilización y la motivación de los usuarios. Se reconoce a las personas en su calidad de verdaderos actores de su destino y de la resolución de sus dificultades, y no se las reconoce más bajo el vocablo de “usuarios” (Conseil Supérieur du Travail Social CSTS, 2015).

Esta lógica de activación tiene sus ventajas pero también sus inconvenientes. Las ventajas consisten ciertamente en el reconocimiento del lugar de ciudadano de

las personas vulnerables o en dificultad, la toma en cuenta de sus posibilidades de participación y de movilización (De Robertis, Orsoni, Pascal, Romagnan, 2014). Pero puede también ser visto como una doble pena: no sólo las personas están en situación de vulnerabilidad, sino que además cargan con la responsabilidad de su estado por falta de movilización y de capacidades de adaptación. El sistema conduce así a una forma de estigmatización simbólica y a una exclusión de las ayudas sociales (Jouffray, 2014).

Hay que tener en cuenta que a ciertas personas les es imposible responder al imperativo de ser activos y móviles. Como nos dice Marc-Henri SOULET (en Castel & Martin, 2012, p. 184):

“El Estado social se ha reconfigurado entorno de un Estado social activo. Las políticas sociales promocionales se basan en el desarrollo de las capacidades de acción de los individuos y sostienen sus condiciones de realización. Esto se refiere a un postulado implícito: la “motilidad”, es decir la capacidad intrínseca de los individuos a ser móviles. Sin embargo, este postulado no es fundamentado empíricamente. Por tanto, numerosos individuos en razón de su trayectoria biográfica y del tipo de exigencias del sistema socio-económico, no pueden resaltarse –momentáneamente o durablemente– en una lógica de activación. Para ellos, la posibilidad de perfeccionarse no está al centro de la intervención social, sino su vulnerabilidad”.

Es en el marco de estas orientaciones que la participación activa de los usuarios a la puesta en marcha de las políticas sociales es recomendada por las leyes recientes y seguidamente por una profusión de análisis, informes, legajos, recomendaciones, etc. (De Robertis, 2014).

En el mismo sentido, pero destinado a dinamizar la creación de nuevos recursos locales, las instituciones son incitadas a multiplicar encuentros, des-compartimentar acciones en un territorio y entonces coordinarse con otros organismos existentes, actuar juntos, mutualizar competencias y medios financieros, trabajar en partenariat. La recomendación es de favorecer juntos, en un territorio dado, una dinámica de desarrollo social. Estas son las últimas indicaciones de los trabajos de los “Etats généraux du travail social” (EGTS 2015). El informe sobre “Desarrollo social y trabajo social colectivo” (EGTS 2015-1) muestra claramente el carácter económico y financiero de esta orientación donde se trata esencialmente de reducir gastos y administrar la penuria:

“Aunque esta orientación es ciertamente una preocupación antigua, la conjunción actual de la crisis social y financiera pone en relieve de manera más

radical, los límites del concepto de acción social (su concepción sectorial focalizando en públicos claves) y la necesidad de ir más allá hacia un compromiso en una política de desarrollo territorial. Se trata además, de optimizar los gastos públicos a través de una mejor coordinación de las acciones en el plano local, esto es una prioridad en un periodo que se caracteriza por la extensión de las necesidades y la disminución de los recursos.”

Podemos decir entonces que las políticas sociales, que antes eran universales y cubrían los riesgos sociales que todas las personas podían padecer, inspiradas de una lógica de seguros y de solidaridad nacional, se transforman progresivamente en disposiciones que focalizan en ciertas categorías de personas en dificultad y con una lógica de activación de recursos propios y locales para mejorar la situación. El esquema siguiente trata de comparar estas dos orientaciones.

Tabla 1. *Políticas sociales: de la protección à la activación Intento de modelización.*

Políticas de protección	Políticas de activación
Creación de derechos universales	Focalización en personas vulnerables
Igualdad	Equidad
Justicia social	Prevención / localización /orientación
Derechos y protecciones colectivas a partir del trabajo	Acceso a derechos sociales individuales
Combatir la exclusión	Colmar las carencias / restaurar la capacidad a trabajar
Reparación	Participación / movilización / ciudadanía
Compensación correctiva	Estimulación de las competencias y recursos propios y locales
Apoyo y asistencia	Co-construcción
Autonomía	Empoderamiento y desarrollo social

Elaboración propia, C. De Robertis.

Estos dos modelos se relacionan y coexisten en la actualidad. El segundo se desarrolla y tiende a reemplazar parcialmente al primero. Esto da una situación de gran complejidad y diversificación a los distintos dispositivos de ayuda a las personas con dificultades.

4. LAS POLÍTICAS SOCIALES DE ACTIVACIÓN: EJEMPLO DEL RECURSO DE SOLIDARIDAD ACTIVA (RSA)

Características

En la actualidad asistimos a una inflación importante de dispositivos previstos para ayudar a los usuarios. Ellos se diferencian según el tipo de problemas, según la categoría de la población, según la localización. Pueden clasificarse en políticas sociales globales, sectoriales, categoriales y transversales.

- *Las políticas sociales globales* son aquellas que garantizan a todos condiciones convenientes de subsistencia y de protección contra los riesgos. Prolongan los derechos adquiridos después de la guerra y se aplican al conjunto de la sociedad. Protegen los aspectos de la salud (seguridad social), vejez (jubilación por repartición), maternidad y familia (asignaciones familiares), desocupación (asignaciones por despido)
- *Las políticas sociales sectoriales* incumben a un solo tipo de problema o de riesgo, se pueden movilizar según ciertas condiciones: alojamiento, inserción laboral, delincuencia, ciertos riesgos de salud con dispositivos específicos (salud mental, prevención sanitaria, adicciones...)
- *Las políticas sociales categoriales* conciernen un solo tipo de personas: infancia y adolescencia, mujeres, discapacitados, personas ancianas dependientes;
- *Las políticas sociales transversales* son territoriales, aplicadas a una localidad como por ejemplo las acciones contra la pobreza, por la inserción y el desarrollo social de los barrios suburbanos.

La mayor parte de estas políticas sociales ha sido descentralizada pasando de la responsabilidad del Estado a los Departamentos. Son éstos los lugares de ejecución en todo su territorio. Este proceso, comenzado en los años ochenta del siglo pasado, ha ocasionado grandes cambios en las instituciones sociales. El Estado se limita cada vez más a un rol de incitación (legislativa y financiera) y de control. El Departamento es la instancia operativa, pero tiene poca autonomía en cuanto a las orientaciones legislativas que se imponen en todo el país en referencia al principio de igualdad. Esto fue una manera de acercamiento a los lugares de decisión locales.

Se debe también señalar que una parte de las políticas sociales son derivadas por las instancias departamentales a organismos privados asociativos, sin fines de lucro, pero enteramente financiados por ellos. Estas asociaciones aseguran una misión de servicio público y están asignados a muchos requisitos y controles.

Pero también se asiste a una privatización progresiva de ciertos sectores sociales considerados más rentables económicamente. Así, el sector de los infantes (menos de 6 años), el de los servicios a personas dependientes o minusválidas, los hogares para personas mayores retiradas y/o dependientes, se transforma en un sector privado lucrativo con la implantación de servicios que sólo se pueden ofrecer aquellas personas que pueden costearlas. En estos sectores las políticas sociales tratan de dar recursos a los usuarios más pobres, acordándoles, bajo condiciones, subsidios para que ellos puedan pagar dichos servicios privados. Lo social sufre así de una verdadera mercantilización (Chauvière, 2007).

Otro aspecto de las evoluciones actuales es el auge del voluntariado y de los organismos humanitarios que solicitan apoyo y financiación a los particulares. Las grandes campañas de recolección de donaciones en dinero en el ámbito de la salud (Medecins du monde, Téléthon²), o en productos alimentarios o de vestimenta (Restaurants du cœur, banca de alimentos, etc.) ¿Estaremos retornando a la caridad de fines del siglo XIX?

El Recurso de solidaridad activa (RSA)

El recurso de solidaridad activa es un ejemplo de las políticas de activación e individualización. Sus orígenes datan de la creación del Recurso mínimo de inserción (RMI) por ley del 1° de diciembre 1988, que apunta a garantizar un recurso mínimo y el acceso a la seguridad social (salud) a toda persona de más de 25 años en situación de pobreza. Es con esta ley que la inserción social y profesional de las personas en dificultad es considerada un imperativo nacional (Actualités Sociales Hebdomadaires, ASH 2016). Otorga un doble derecho: al recurso mínimo y a la inserción. Según el nivel de capacitación de la persona y sus posibilidades a reintegrar el mercado de trabajo, la situación se distinguió entre la inserción social y la profesional. A pesar de su intención de promover la inserción y la movilización del país contra la pobreza, el RMI dió acceso a recursos mínimos pero la pobreza y la desocupación prosiguieron su desarrollo y mostraron el límite de este esfuerzo nacional.

Veinte años más tarde, en el 2008, el RMI fue modificado y se transformó en el Recurso de solidaridad activa (RSA) con nuevas modificaciones legales en enero del 2016 (Ley RSA 2015). Se trata de un recurso mínimo garantido destinado a aquellos que no trabajan y no tienen otros medios de sustento. Se le agrega un

² Organiza con gran apoyo de medios de comunicación la colecta de dinero destinado a la investigación científica contra ciertas enfermedades (Miopatías, etc.).

dispositivo de acompañamiento individual, social y profesional, para facilitar el acceso al empleo, consolidar o desarrollar sus capacidades profesionales o adquirir nuevas competencias necesarias a la obtención de un trabajo.

El RSA, como antes el RMI, es una prestación nacional que se aplica de manera idéntica a todo el territorio de la república. Es un subsidio diferencial, es decir que va a colmar la diferencia entre los recursos existentes y el recurso mínimo preestablecido. Es entonces una prestación variable que se calcula en función de los recursos de cada familia, del número de personas que la componen y de las características de cada uno. El importe del recurso garantido preestablecido es actualmente (ASH N° 2975, 2016) de:

- Una persona sola 535.17 € por mes
- Una persona sola + otra (2) 802.76 € por mes
- Una persona sola + dos (3) 963.31€ por mes
- Una persona sola + tres (4) 1177.38 € por mes
- Etc.

El RSA se basa en un sistema de derechos y deberes:

- Derecho al complemento de recursos y al acompañamiento por un profesional trabajador social u orientador laboral;
- Deber de buscar un empleo, de crear su propia actividad, o de realizar toda acción que favorezca su inserción.

Es el Consejo Departamental (instancia política a nivel del departamento) que se encarga de la implementación de esta política social. Son sus servicios que procuran el seguimiento (y control) de los beneficiarios. Según los casos, dicho acompañamiento será más focalizado en la orientación social, es decir resolver los problemas sociales que dificultan la búsqueda de empleo, o una orientación socio-profesional con un objetivo de obtener un empleo. En el primer caso es un trabajador social quien estará a cargo del acompañamiento, en el segundo el referente será designado por los servicios de “Pôle Emploi” (Agencia nacional de lucha contra la desocupación y de orientación hacia el empleo). Se tratara entonces de mejorar la capacidad de la persona a obtener un trabajo y a movilizar sus redes de proximidad.

El RSA es un dispositivo basado en una lógica de activación y de responsabilización de los beneficiarios, es decir se espera de ellos una movilización, una participación activa y una salida rápida del circuito de ayuda. El objetivo es siempre

de incitarlos de cualquier manera a buscar un empleo. Subyacente a esta lógica, se presume que las personas no tienen empleo porque no quieren trabajar ya sea por falta de motivación o porque las posibilidades existentes no les parecen convenientes. Progresivamente se extendió esta estigmatización y asistimos a discursos sobre la lucha contra el asistencialismo y la dependencia, contra el abuso y el fraude a las prestaciones sociales. ¿Estaríamos progresivamente pasando de una política de lucha contra la pobreza y la exclusión, a una lucha contra los pobres estigmatizándolos y acusándolos de ser la causa de su situación?

A pesar de todo, el RSA es una política social que permite amortiguar los efectos nefastos de la crisis para un número importante de personas vulnerables, para algunas abre nuevas posibilidades, para otras evita deterioros y rupturas.

5. DEBATES Y CUESTIONAMIENTOS

Situación laboral

La realidad es que la situación del empleo es muy complicada, el trabajo no abunda y sus formas y exigencias cambian. La Direction de l'Animation de la Recherche, des Etudes et des Statistiques (DARES) del Ministerio del trabajo (2016), en agosto 2016, establece a 3 millones 500 mil personas en búsqueda de trabajo de categoría A, es decir que no tienen ninguna actividad. Al mismo tiempo las propuestas de empleos vacantes se elevaban entonces a 800 000. Es decir un déficit de 2 millones 700 mil empleos. A ello hay que agregar que gran parte de las oportunidades de trabajo corresponden a empleos precarios: contratos de duración determinada a veces muy cortos (menos de un mes), intermitentes, estacionales, etc. El discurso anti-pobres es desmentido por las cifras reales del desequilibrio del mercado de trabajo.

Es importante decir que la falta de trabajo no es la responsabilidad de los trabajadores sociales, ellos no están al origen de un régimen de producción que deja tanta gente de lado. El trabajo social puede sí paliar con iniciativas diversas para sostener a las personas, pero no puede substituirse al mercado laboral puesto que la multiplicidad de acciones, formaciones y actividades no reemplazan el trabajo. Podemos preguntarnos si las personas tienen derecho al trabajo o únicamente derecho a la asistencia.

No reclamo de los derechos

Otro tema de debate es el no reclamo del RSA. Se trata de personas que, por diferentes motivos, no benefician de una oferta pública, de derechos y servicios a

los que podrían pretender. En el 2014 se estimó a 40% la tasa de no reclamo de prestaciones sociales por parte de las personas que tendrían las condiciones para recibirlas. Los motivos son diversos y su evaluación no siempre fácil, así ciertas personas rehúsan la prestación, otras a pesar de su estado de necesidad no desean exponerlo ni hacer una demanda, otras ignoran las posibilidades existentes y aun más, ciertas personas renuncian a sus derechos para protegerse de toda intrusión. La estigmatización y la sospecha generalizada (fraude, aprovechamiento, facilidad...), así como las medidas de control, exacerbaban el temor al juicio, el sentimiento de vergüenza y de fracaso. Predomina el miedo de perder el control de su vida. (Conseil Supérieur du Travail Social, CSTS 2015). Este no reclamo puede también ser la expresión positiva de la afirmación de su libertad y su búsqueda de soluciones diferentes a la oferta pública. Ésta, así desconsiderada, pierde parte de su legitimidad. En este caso, el no reclamo se manifiesta como una estrategia para conservar el respeto de sí mismo y su auto estima. Por cierto las causas del no reclamo son múltiples y de significados diferentes, con todo, el RSA es considerado un derecho al que toda persona puede pretender en caso de necesidad y no debería tener el carácter infamante que la opinión pública, influenciada por discursos de ciertos políticos y medios de comunicación de masas, le atribuye.

Fragmentación de las respuestas sociales

Más allá del RSA, las políticas sociales francesas se caracterizan por su gran fragmentación: a cada problema corresponde una prestación o un dispositivo particular. Los dispositivos se complementan y se superponen, el conjunto es de una gran complejidad y son pocas las personas capaces de orientarse en esta maraña sin la ayuda de un trabajador social que le sirva de traductor o de mediador para acceder a sus derechos. Esto ha ocasionado una dispersión de respuestas específicas a cada situación, ha incrementado la propensión a buscar una respuesta para cada problema, no tomando en cuenta el carácter global de la realidad de la persona. Las situaciones de las personas con quienes actúa el trabajador social son siempre complejas, muchos elementos diferentes se entrelazan, distintas esferas de vida están condicionadas unas por otras. Hay que tener en cuenta que las situaciones complejas necesitan siempre respuestas complejas y que la diversificación de las respuestas no siempre es promotora de cambios. ¡Guardémonos de toda simplificación reductora que esteriliza nuestra actuación!

Las políticas sociales así diversificadas y segmentadas son puestas en obra por instituciones públicas y privadas, servicios sociales generalistas o especializados, encargadas de brindar dichas prestaciones a las personas que las necesitan. Esas

instituciones tienden a organizar su servicio de manera empresarial poniendo gran énfasis en los procedimientos, legajos, fichas y estadísticas. En consecuencia, los trabajadores sociales se han visto urgidos a administrar dichos dispositivos y gestionar los “flujos” de personas entrantes o salientes de los mismos. Esta corriente de organización tipo empresarial desvirtúa la acción profesional restándole impacto global.

Es entonces importante afirmar que las políticas sociales son recursos al servicio de las personas y no dispositivos a administrar. El trabajador social es un experto en políticas sociales, lo cual le permite adaptar las respuestas a las problemáticas y proyectos de las personas para que puedan beneficiar plenamente de soluciones eficaces a sus problemas. Para el trabajo social, las políticas sociales son herramientas de trabajo en beneficio de las personas vulnerables y no una meta en sí.

Rol del trabajador social

No todas las necesidades, ni todas las respuestas, están previstas en las políticas sociales, siempre surgen nuevas problemáticas y el rol del trabajador social es también de estar atento y vigilante ante los cambios que se manifiestan, en relación directa con su práctica.

Este **rol de vigilancia** nos permite utilizar los medios de investigación y de estudio para hacer un diagnóstico fino de las situaciones tanto a nivel individual que colectivo. Se puede entonces dar a conocer estos problemas emergentes, proponer soluciones y crear nuevos servicios o recursos. Es un verdadero deber de alerta que podemos ejercer pues estamos siempre en primera línea del surgimiento de nuevas problemáticas. Este rol de vigía, de centinela, nos demanda establecer puntos estratégicos de modificaciones de situación, proceder a una objetivación de los mismos, transmitir los datos y formular propuestas. Podemos entonces influir en la definición de nuevas políticas sociales, en la adaptación y mejoramiento de aquellas existentes y movilizar nuestra pericia en beneficio de las personas vulnerables.

Para crear **nuevas posibilidades** los métodos de trabajo social colectivo nos permiten trabajar directamente con las personas de manera a buscar juntos nuevas respuestas y recursos. La participación activa en grupos u organizaciones, el análisis y la búsqueda de soluciones son compartidas en el seno de las instancias grupales y pueden así generar una verdadera co-construcción en la cual las personas ejerzan un rol activo y comprometido. Para el trabajador social se trata de un verdadero compromiso: poner sus conocimientos y capacidades al servicio de los proyectos de las personas. Es una manera de ayudarlos a desarrollar sus capacidades de empoderamiento, de favorecer la auto-organización y ejercer un rol ciudadano.

En Francia, los trabajadores sociales sufren porque la tarea es difícil y que los medios disponibles disminuyen, las necesidades de las personas aumentan mientras que se imponen políticas de austeridad. También las instituciones despliegan una fenección de gestión administrativa: quieren saber todo, controlar todo, medir todo y empujan al productivismo y a la economía. Su divisa parece ser “hacer más y mejor con menos”. Ante esto, y para ser coherentes con los valores de su profesión, los trabajadores sociales utilizan toda su energía inventando posibilidades, tendiendo una mano allí donde todas las puertas se cierran, proponiendo nuevas posibilidades cuando no hay respuestas institucionales. Es un poco como volver a los orígenes históricos de nuestra profesión cuando las pioneras solo disponían de su voluntad y su capacidad a movilizar redes y recursos (De Robertis 2016).

¿Cómo transformar este círculo vicioso en círculo virtuoso? Tenemos que afirmar con fuerza que los TS no somos los “agentes de aplicación” de las políticas sociales, somos la expresión de la solidaridad activa de la sociedad hacia aquellos que la economía tira al lado del camino y que no encuentran más la puerta de entrada hacia la inclusión y la protección social.

6. BIBLIOGRAFÍA

- ASH Actualités sociales hebdomadaires (2016). “Le revenu de solidarité active” N° 2975 du 16 septembre.
- ASH Actualités sociales hebdomadaires (2016). “Les droits des personnes démunies”, Numéro juridique N° 2964, du 10 juin.
- BARREYRE J. YVES & BOUQUET, B. (2006), *Nouveau dictionnaire critique d'action sociale*, Bayard Editions, Paris.
- BOURDIEU, P. (1993), *La misère du monde*, Paris: Seuil.
- CASTEL, R. (1999). *Métamorphoses de la question sociale, une chronique du salariat*, Paris : Gallimard.
- CASTEL, R. (2003). *L'insécurité sociale, qu'est-ce qu'être protégé?* Paris:Seuil.
- CASTEL, R. (2009). *La montée des incertitudes. Travail, protections, statut de l'individu*, Paris: Seuil.
- CASTEL, R. et MARTIN, C. (sous la direction de) (2012), *Changements et pensées du changement – échanges avec Robert Castel*, La Découverte, Paris.
- CHAUVIÈRE, M. (2007). *Trop de gestion tue le social, essai sur une discrète chalandisation*, Paris: La Découverte.
- CSTS Conseil supérieur du travail social, (2015), *Rapport au Ministre Refonder le rapport aux personnes “merci de ne plus nos appeler usagers”* <https://www.onpes.gouv.fr/Rapport-du-Conseil-superieur-du.html> (Fecha de consulta : 25 de noviembre 2016)

- DAMON J. (2016). *Pauvreté et précarité en chiffres*, dans : Pauvreté et vulnérabilité sociale, Cahiers français N° 390.
- DE ROBERTIS C., ORSONI M., PASCAL H., ROMAGNAN M. (2014), *L'intervention sociale d'intérêt collectif, de la personne au territoire (nouvelle édition)*, Rennes, Presses de l'EHESP.
- DE ROBERTIS C. (2014), *Participation des personnes : quelle contribution de l'intervention sociale d'intérêt collectif?*, dans La revue française de service social N° 255, 2014-4, ANAS, Paris.
- DE ROBERTIS C. (2016), *Los Derechos humanos en la práctica profesional*.
- II CONGRESO INTERNACIONAL DE TRABAJO SOCIAL Y XI CONGRESO DE FACULTADES Y ESCUELAS DE TRABAJO SOCIAL - Universidad de La Rioja, Logroño, 20 al 23 de abril 2016.
- DIRECTION DE L'ANIMATION DE LA RECHERCHE DES ÉTUDES ET DES STATISTIQUES, Ministère du Travail et de l'emploi DARES (2016): <http://dares.travail-emploi.gouv.fr> (fecha de consulta : 13 de octubre 2016).
- Direction de la recherche, des études, des évaluations et des statistiques DREES (2015): <http://drees.sante.gouv.fr> (fecha de consulta : 10 de octubre 2016).
- ETATS GÉNÉRAUX DU TRAVAIL SOCIAL EGTS (2015): <http://social-sante.gouv.fr/> (fecha de consulta : 3 de setiembre 2016).
- ETATS GÉNÉRAUX DU TRAVAIL SOCIAL EGTS (2015-1): http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Developpement_social (fecha de consulta: 3 de setiembre 2016)
- JOUFFRAY C. (sous la direction de) (2014), *Développement du pouvoir d'agir; une nouvelle approche de l'intervention sociale*, Presses de l'EHESP, Rennes.
- LEY REVENU SOLIDARITÉ ACTIVE (RSA) 2015, loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015, articles 35 et 59, journal officiel du 22-12-15.
- LOCHEN V. (2008), *Comprendre les politiques sociales en France*, DUNOD, Paris.
- OUTIN J. Luc, (2016), *Les politiques d'assistance d'hier à nos jours*, dans *Pauvreté et vulnérabilité sociale*, Cahiers Français N° 390.
- OBSERVATOIRE DES INÉGALITÉS (2014): <http://inegalites.fr> (fecha de consulta 5 de setiembre 2016).
- ROUZEAU M. (2016), *Vers un Etat social actif à la Française?*, Presses de l'EHESP, Rennes
- VALTRIANI P. (1999), *Les politiques sociales en France*, HACHETTE, Paris.

LOS TRABAJADORES SOCIALES Y LA PRÁCTICA POLÍTICA EN ITALIA

Annamaria Campanini

*Profesora del Departamento de Sociología e Investigación Social, Universidad de Milano Bicocca
(Italia) annamaria.campanini@unimib.it*

Sumario: La práctica política: algunas premisas. La práctica política y los trabajadores sociales, La situación en Italia. Los resultados de algunas investigaciones. Bibliografía.

Resumen: El capítulo se propone de analizar si los trabajadores sociales en Italia actúan como agentes de cambio a nivel estructural y contribuyen a la definición de las políticas sociales. Las consideraciones que se entiende presentar derivan de una investigación cualitativa y cuantitativa sobre una muestra representativa de los trabajadores sociales y sobre un cuestionario originariamente preparado en Israel y traducido en italiano que ha sido propuesto como investigación piloto a un pequeño grupo en Lombardia. Los resultados ponen en evidencia como, contrariamente a otros periodos históricos los trabajadores sociales italianos no parecen muy comprometidos con prácticas políticas, a pesar de las indicaciones contenidas en el código deontológico y a declaraciones oficiales del colegio profesional.

Conceptos Centrales: Trabajo social, práctica política, código deontológico, Italia.

1. LA PRÁCTICA POLÍTICA: ALGUNAS PREMISAS

En 2014 las asociaciones internacionales (IASSW y IFSW) han aprobado la definición global de trabajo social:

“El trabajo social es una profesión basada en la práctica y una disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social, el fortalecimiento y la liberación de las personas. Los principios de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad son fundamentales para el trabajo social. Respaldada por las teorías del trabajo social, las ciencias sociales, las humanidades y los conocimientos indígenas, el trabajo social involucra a las personas y las estructuras para hacer frente a desafíos de la vida y aumentar el bienestar.”

A pesar de esta definición se precisa que

“las barreras estructurales contribuyen a la perpetuación de las desigualdades, la discriminación, la explotación y la opresión. El desarrollo de la conciencia crítica a través de la reflexión sobre las fuentes estructurales de opresión y/o privilegio, basados en criterios tales como la raza, la clase, el idioma, la religión, el género, la discapacidad, la cultura y la orientación sexual, y el desarrollo de estrategias de acción para abordar las barreras estructurales y personales son fundamentales para la práctica emancipadora donde los objetivos son el fortalecimiento y la liberación de las personas. En solidaridad con los que están en situación desfavorecida, la profesión lucha por mitigar la pobreza, liberar a los vulnerables y oprimidos, y promover la inclusión y la cohesión social.”

Las raíces de este compromiso se pueden encontrar en la historia del trabajo social, sea en el “filantropismo científico”, ya que tuvo como objetivo desarrollar una acción racional y eficiente de bienestar, a través no solo de una ayuda personalizada, dirigida a restaurar la autonomía y la responsabilidad en las personas, sino también un interés en la recopilación de datos sobre las causas que produjeron la necesidad, y en el movimiento de los “Settlements” (viviendas sociales) destinado a mejorar las condiciones de vida de la pobreza extrema en la que se encontraban grupos social de los inmigrantes que llegaron a constituir los nuevos barrios de las grandes ciudades.

Es principalmente de este segundo movimiento con el el trabajo de Jane Addams (1860-1935) en favor de los inmigrantes de Chicago, y con un fuerte compromiso que se realizan algunas importantes reformas sociales: la adopción de un conjunto de reglas a favor de las mujeres y los niños por el parlamento de Illinois (1903) y posteriormente la aprobación de una ley federal sobre el trabajo infantil (1912). Jane Addams, luchó por la defensa de los derechos civiles, y en 1931 fue galardonada con el Premio Nobel de la Paz (Bortoli, 2013).

En el contexto europeo, no se puede dejar de mencionar los esfuerzos de Alice Salomon, fundadora de el trabajo social alemán. Ha tenido, entre otros, el mérito de desarrollar una visión internacional de los problemas sociales y profesionales. Aunque consiente de la utopía de la que el servicio social era un portador, no se cansó de trabajar para lograrlo, afirmando que era una condición previa a la conquista de la igualdad de derechos para hombres y mujeres, de todas las clases sociales, para las minorías étnicas y las personas desfavorecidas. Sorprendentemente profética su visión de las responsabilidades del sistema económico y político en la creación de la pobreza, en contraste con las ideas de la época que lo consideraban

como un problema de carácter educativo o una cuestión de falta de capacidad de adaptación. Su afirmación de que la injusticia social no está sólo vinculada a factores locales, pero es una consecuencia de un sistema económico injusto que opera a nivel internacional y por lo tanto requiere un esfuerzo global (Bortoli, 2013), anticipa de un siglo los temas de la globalización que se debate en la actualidad.

A pesar de estos ejemplos, el compromiso de alcanzar las metas establecidas por la definición internacional, debe encontrar métodos operativos concretos para que los trabajadores sociales puedan intervenir de manera efectiva actuando una práctica política.

Gal y Weiss Gal (2013), analizan muchos recursos bibliográficos sobre este tema, y procuran una síntesis de lo que se entiende por prácticas políticas. Haciendo hincapié en que el término fue acuñado en 1984 por Jansson y más tarde adoptado por muchos otros estudiosos, especialmente en los EE.UU., los autores identifican algunas de las características en las que existe una convergencia de puntos de vista.

La práctica política no se identifica con el compromiso civil o como una actividad voluntaria que pueden ser realizados por cada uno a nivel personal, pero incluye acciones llevadas a cabo dentro del contexto profesional con el objetivo de influir en las políticas sociales dirigidas a grupos de población. Las intervenciones de las prácticas políticas deben ser incorporadas de manera estratégica en el trabajo de cada trabajador social, independientemente del contexto en el que opera, y no requieren la definición de una función, por así decirlo, especialista. Por último, la práctica política está dirigida a dimensiones locales (su organización o agencias en la comunidad en la que opera) y también a dimensiones nacionales e internacionales.

Otras diferencias se tienen que subrayar en relación tanto al tema de la *advocacy* individual o social cuanto a la intervención comunitaria. La *advocacy* individual tiene el objetivo de facilitar acceso de los ciudadanos a los servicios que las políticas existentes han ayudado a crear y en general no se ponen el objetivo de cambiarlas o introducir otras nuevas (Jansson, 2008). La intervención comunitaria es dirigida a la construcción y desarrollo de la comunidad (Allegrì, 2015) se caracteriza de una manera diferente, aunque puede tal vez contribuir a la definición o mejoría de las políticas sociales.

Una diversidad final y más sutil está relacionada con el tema de la promoción social en el que el trabajador social representa y habla en nombre de un gran grupo de personas que comparten el mismo problema, o pertenecen a la misma clase social (Hoefler, 2006). Si las herramientas y estrategias pueden ser muy similares, la diferencia se encuentra en el hecho de que, en el caso de la promoción social, la

participación de los usuarios, comunidades o grupos, se considera indispensable, en una lógica de empoderamiento, mientras que en la práctica política esto no siempre sucede.

Se puede concluir que la *social advocacy* es sin duda una parte de las prácticas políticas, pero estas últimas, se caracterizan por ser un área de intervención más amplia (Gal y Weiss Gal, 2013).

A nivel internacional, además de los diferentes códigos de ética de muchos países en el mundo, un fuerte impulso a la aplicación de la práctica política es ofrecido por la iniciativa tomada por las organizaciones IASSW, ICSW y el IFSW que, en 2010 durante la conferencia de Hong Kong decidieron proponer un documento programático –la Agenda Global– sobre trabajo social y desarrollo social (www.globalsocialagenda.org), con directrices y estrategias para hacer más eficaz la acción de los trabajadores sociales en la búsqueda de los derechos humanos y la justicia social. Hay tres niveles a los que este tipo de prácticas políticas de intervención se dirigirán: las Naciones Unidas y otras organizaciones internacionales, las comunidades en las que opera, su organización de socios. Las asociaciones internacionales ofrecen cuatro temas sobre los que se debe centrar la acción en el periodo 2012/2020: la igualdad social y económica, el respeto por la dignidad y el valor de las personas, el desarrollo sostenible, el bienestar en las relaciones humanas.

A nivel de Naciones Unidas y de sus diferentes agencias es importante recordar que existe un status consultivo de la IASSW, la IFSW y la ICSW. En particular la participación a los comités relativos a los derechos humanos es una acción de práctica política muy importante que puede contribuir a definir pronunciamientos y a construir también una más amplia consciencia de los diferentes aspectos que son relativos a los temas específicos (mujeres, niños, migrantes, discapacitados...).

Más allá cada año, el tercer martes de marzo se celebra el día mundial del trabajo social y en esta ocasión se organizan actividades para hacer visible el compromiso de la profesión, para fortalecer las alianzas con los diversos organismos e instituciones de la comunidad, para poner de relieve las buenas prácticas y el progreso del trabajo social. En los años desde el 2010 y al 2020 el tema del día mundial del trabajo social hace referencia a las reflexiones y las actividades puestas en marcha para alcanzar los objetivos de la Agenda Global. Los resultados se han reunidos en documentos de síntesis que recogen las experiencias de las cinco regiones: África, América del Nord, América del Sur, Asia-Pacífica, Europa.

2. LA PRÁCTICA POLÍTICA Y LOS TRABAJADORES SOCIALES

¿A pesar de estos antecedentes, cual es el compromiso de los trabajadores sociales en la práctica cotidiana? Hay estudios, aunque todavía no generalizado, que tratan de analizar el compromiso del trabajo social en la práctica política y en los que se lleva una cierta distancia de la profesión en su participación a la formulación de líneas de política social (Haynes y Michelson, 2003, Koeske et al., 2005, Weiss-Gal, 2008). Interesantes son los resultados de un análisis realizado de Gal y Weiss Gal (2013) sobre Australia, Gran Bretaña, Israel, Italia, Rusia, España, Suecia y los Estados Unidos. Como resultados de esta investigación se puede afirmar que:

- En los códigos de ética se subraya explícitamente la necesidad que los trabajadores sociales actúen prácticas políticas de una forma intensa en Australia, Inglaterra y los Estados Unidos, de manera limitada en Israel, Italia, Rusia, España, y de modalidad muy reducida en Suecia;
- La importancia dada a este tema en los documentos profesionales es evidente extensivamente en Australia y Estados Unidos, de manera limitada en Israel, España y Suecia, mientras que está ausente en Inglaterra, Italia y Rusia;
- En relación con la literatura profesional, sea en textos cuanto en revistas, los trabajos relacionados con la conceptualización, discusión, o investigación sobre la práctica política o las actividades relacionadas con la misma, se han extendido en Israel y Estados Unidos, son limitados en Australia, Inglaterra, España y Suecia, y faltan en Italia y Rusia;
- En la formación al trabajo social, la práctica de la política aplicada se enseña en Australia, Israel, España y los Estados Unidos, es más débil en Inglaterra, Rusia y Suecia, y está ausente en los programas de Italia.

Es interesante analizar el trabajo hecho a nivel europeo a través de la iniciativa ESCO -European Skills /Competences, Qualifications and Occupations (Clasificación europea de capacidades/competencias, cualificaciones y ocupaciones). Se trata de un proyecto de la Comisión Europea, en fase de desarrollo, que describe las competencias más importantes para cada puesto de trabajo. ESCO estará disponible de forma gratuita en 25 idiomas europeos y con acceso a través de un portal on-line. En este proyecto el trabajo social participó con un grupo de expertos en el sector Salud y Servicios sociales.

En el listado final, no se encuentran competencias específicamente denominadas como práctica política, pero en las explicaciones de algunas de ellas se

pueden buscar elementos referibles a la práctica política, aunque de una medida muy general.

La competencia que es más cerca de la práctica política es: *Informe sobre temas sociales y desarrollo* (Habilidad / competencia) - Reportar resultados y conclusiones sobre el desarrollo social de manera inteligible. Presentarlos de manera oral y escrita a una gama de audiencias de personas no expertas a expertos y políticos. Presentar información a diferentes tipos de público sobre problemas sociales y actividades de servicios sociales. Otras competencias que pueden ser incluidas en la actividad de advocacy son:

- *Defender a los usuarios del servicio social* (Habilidad / competencia) - Hablar por y en nombre de los usuarios del servicio. Utilizar habilidades comunicativas y el conocimiento de los campos pertinentes para ayudar a los menos favorecidos.
- *Aplicar prácticas anti-opresivas* (Habilidad / competencia)- Identificar la opresión en sociedades, economías, culturas y grupos. Actuar como un profesional de una manera no opresiva. Permitir a los usuarios de servicios tomar medidas para mejorar sus vidas. Permitir a los ciudadanos cambiar su entorno de acuerdo con sus propios intereses.

Por cierto, no parece muy presente una dimensión de acción política como competencia básica y específica reconocida en el trabajador social. Subrayar que este proyecto está pensado para fomentar un mejor encuentro entre demanda y oferta de trabajo y competencias de práctica política no parecen ser muy interesantes en este contexto.

3. LA SITUACIÓN EN ITALIA

La historia del trabajo social en Italia se remonta a finales de la Segunda Guerra Mundial, sobre todo con la conferencia Tremezzo de 1946, que también sentó las bases para el establecimiento de programas de formación. Existen todavía algunos antecedentes que se refiere a los años veinte con la creación del Instituto de asistencia social italiana, por Paolina Tarugi y, posteriormente, la creación en 1928 de la primera escuela de servicio social en S. Gregorio al Celio, muy marcada por la ideología fascista (Dellavalle, 2008). La naturaleza del trabajo social en Italia, después de la segunda guerra mundial se caracteriza por el tentativo de superar una idea de asistencia y afirmar la idea de un derecho de ciudadanía remontando a los valores de la Constitución de la República.

El trabajo social es entendido como una “respuesta a la tragedia vivida por el pueblo italiano en los años de la guerra ... (dando) forma legal ... a esas formas moleculares de solidaridad, presentes y operantes en el vivido popular” (Scoppola, 2000, p.7). No es intención de proporcionar un análisis profundizada de la historia del trabajo social en Italia, pero puede ser importante recordar un periodo que ha sido muy importante en el desarrollo de los servicios sociales, y que ha coincidido con los movimientos sociales del final de los años sesenta (Campanini, Dellavalle, 2015).

En este periodo, de hecho, los trabajadores sociales italianos adquieren un papel político muy claro, frente al impacto de la modernidad, con sus fenómenos de la industrialización, de la urbanización y del crecimiento de la escolarización, participando al desarrollo de un movimiento de fuerte crítica de las instituciones y de los servicios sociales. Juntos con otros grupos profesionales, los trabajadores sociales luchan contra el fenómeno de la institucionalización y logran el cierre total de muchas entidades como hospitales psiquiátricos, colegios infantiles, escuelas especiales y diferenciales. Estudiantes y profesionales critican la dominancia del trabajo de casos, considerado, este tipo de intervención demasiado subordinada a una lógica funcionalista de tipo Parsonsiano (Ducci, 1995), orientada a adaptar los individuos a el medio ambiente, en lugar de hacer que el contexto social responda en medida mejor a las necesidades de las personas. En una asamblea organizada en Rimini, donde participaron profesionales y estudiantes, se creó la definición de trabajador social como “zurcidor con el diálogo fácil”. En esta asamblea se argumentó que el trabajador social se percibía como “... un zurcidor de las deshilaches más obvias e irritantes del sistema capitalista sino un zurcidor con poco poder dado que su principal arma es sobre todo el diálogo con los clientes”. (Mulazzani et. Al, 1971, p.65)

Los años 70 se caracterizan por un período de gran idealismo, los trabajadores sociales se comprometen para crear servicios universalistas, basados en la dimensión territorial y que non produzcan marginación, se implican en el desarrollo de proyectos de participación ciudadanas y de intervenciones que se dirigen a la comunidad, para realizar procesos de cambio estructural en el contexto social (AA. VV., 1975).

El clima cultural está caracterizado por una gran cantidad de consideraciones teóricas en el marco sociológico, sobre cuestiones del sistema del bienestar, de la programación de los servicios, y de integración entre social y sanitario.

En este momento histórico la Fondazione Zancan, a través de un seminario de tres años (1971/1974) sobre “Objetivos y métodos del Trabajo Social”, propone

una reflexión crítica con respecto a los cambios de la situación social, cuyo resultado se sintetiza en la definición de trabajo social como “agente de cambio”, subrayando su papel político-profesional. Es interesante observar que, en este marco, el trabajo social, participa en primer plano en la difusión de un cambio radical en la estructura de los servicios sociales, ofreciendo contribuciones originales e innovadoras a la definición de las políticas sociales, a pesar de la reflexión sobre las experiencias de los nuevos servicios que se van creando (Campanini, Dellavalle, 2015).

Las nuevas directrices del programa, que a menudo se traducen en leyes nacionales, dan la bienvenida a este profundo cambio cultural para hacer frente a los problemas sociales y permiten arreglar prácticas originales que van ser implementada en las zonas más avanzadas (servicios a domicilio para los mayores, iniciativas de acogida familiar para los niños o las viviendas comunitarias para los pacientes psiquiátricos, etc.). En los mismos años, el gobierno aprueba la reforma de salud (L.833 / 78) con la que se garantiza el suministro de las prestaciones en perspectiva universalista y, a partir de una visión integral de la salud, subrayando la necesidad de integrar los servicios sociales con los sanitarios.

Los servicios sociales, en los años siguientes, se consolidan y se organizan en áreas geográficas bien definidas (distritos, barrios, comunidades de montaña) con el objetivo de responder a las necesidades generales de todos los ciudadanos en los diferentes grupos de edad y con una fuerte integración con los servicios de salud. A finales de los años ochenta, debido a la crisis del Estado de bienestar, hay un proceso de corporativización que introduce una lógica gerencial y poco a poco se modificará la organización de los servicios sociales con la reducción sea del enfoque universalista sea del vínculo con el territorio.

A frente de este cambio institucional profundo con la transformación en Empresas de la Unidades sanitarias locales (D.502/92) y con la reforma de la administración local autónoma (D.517/93), la comunidad profesional parece haber perdido su capacidad de formular propuestas políticamente relevantes (Campanini, Fortunato, 2008).

Comienza una fase de adaptación y de trabajo más individual de los profesionales que necesitan hacer frente a nuevos desafíos: envejecimiento de la población, enfermedades crónicas como el SIDA y diversas formas de discapacidad, inmigración, pobreza, desempleo. La crisis económica afecta a Italia, así como de otros países europeos y esto lleva a los recortes en el gasto público y a un creciente proceso de externalización de los servicios sociales (Bifulco, Vitale, 2006; Campanini, Fortunato 2008).

Las oportunidades ofrecidas por la ley de la reforma sobre el Sistema integrado de intervenciones y servicios sociales (328/2000) que reconoce un papel clave del trabajador social, identificado como uno de los niveles esenciales de asistencia de los servicios sociales, no otorgan el resultado de desbloquear una situación general de pasividad y de falta de compromiso político.

Al mismo tiempo la aprobación del federalismo fiscal, lo que diferencia a las normas de intervención de región a región, y el clima político determinado por el largo período de gobierno de centro-derecha en una situación de profunda crisis económica, llevan a la adopción de una lógica neoliberal en la toma de decisiones de políticas sociales que va en más y más en la dirección de una privatización del proceso de los servicios sociales (Gori, 2005) con la contracción masiva del público y el corte de los fondos dedicados al sistema de bienestar.

En este mismo período, después del final de los años ochenta, el trabajo social conoce una evolución muy importante para el proceso de profesionalización: el reconocimiento del título en 1987 y la inclusión de la formación exclusivamente en la universidad; la constitución de la Orden y del Registro profesional en 1993; y la promulgación del código ético en 1998 (Campanini, 2014).

Como se evidencia por el análisis de Gal y Gal Weiss (2013), sea en el examen de la literatura profesional que de los programas de estudio, resalta la falta de una reflexión específica y de una adecuada formación de los trabajadores sociales sobre el tema de la práctica política (Campanini, Facchini, 2013). Es interesante subrayar que la voz práctica política aparece en el Nuevo Diccionario de Trabajo Social (Campanini, 2013), mientras no era presente en el Diccionario de Trabajo Social del 2005 (Dal Pra Ponticelli) donde solo se encontraba el término de “advocacy” (Bressani, 2013), aunque poco utilizado en el discurso profesional.

Puede ser, sin embargo, interesante analizar el código deontológico en la revisión del 2009, donde se pueden encontrar indicaciones importantes para los profesionales, aunque no tan claramente como en el código de América (Asociación Nacional de Trabajadores Sociales -NASW, EE.UU. 2008) o en el británico (British Association of Social Workers, 2008).

En los ocho artículos –de 33 a 40– que constituyen el título IV, se hace explícita la responsabilidad del trabajador social hacia la sociedad que se centra en la responsabilidad de fomentar y promover iniciativas de participación destinadas a la construcción de un tejido social acogedor y respetuoso de los derechos de todos; para ayudar los usuarios y los clientes a desarrollar conocimiento y ejercicio de sus derechos y obligaciones dentro de la comunidad; para conocer la realidad socio-territorial en el que opera y tener una adecuada comprensión del contexto y de los

valores, identificando las diversidades y multiplicidad culturales como un tesoro para ser protegida y defendida, oponiéndose a cualquier tipo de discriminación; para contribuir a una información adecuada y generalizada sobre los servicios y prestaciones para apoyar el acceso y el uso responsable de los recursos; para conocer los sujetos activos en el campo social, privado y público, y buscar sus colaboración en los objetivos y acciones comunes.

Estas son acciones que van en la dirección tanto de la *case advocacy*, cuando se hace hincapié en la importancia de desarrollar el conocimiento y el ejercicio de los derechos y facilitar el acceso a los recursos, tanto de la *social advocacy*, cuando se trata de promover iniciativas de participación y colaboración de los actores sociales para perseguir objetivos comunes.

Son los artículos 36 y 37, que hacen referencia explícita a una responsabilidad que interpreta con mayor claridad el concepto de prácticas de política. En el art. 36 se lee “El trabajador social debe contribuir a la promoción, desarrollo y apoyo de políticas sociales integradas, favorables a la maduración, la emancipación social y la potenciación de las comunidades cívicas y grupos marginados, y a los programas destinados a mejorar su calidad de vida mediante el fomento en caso necesario, de las prácticas de mediación e integración”.

Mientras que el art. 37 dice: “El trabajador social tiene la obligación de poner en conocimiento de las instituciones que tienen la responsabilidad y de la misma opinión pública situaciones de privación y de angustia estados graves que no están suficientemente protegidos, o de inequidad y desigualdad”.

Al contrario de lo ocurrido en otros países, hasta ahora en Italia no se ha definido el conjunto de habilidades específicas necesaria para detallar el papel del trabajador social. Aunque la Asociación Italiana de Profesores de Trabajo Social (ahora SOCISS- Sociedad Italiana de Trabajo Social) ha organizado, conferencias y momentos de discusión sobre estos temas al momento presente solo se encuentran los principios de responsabilidad contenidos en el código, sin una traducción en comportamientos concretos.

4. LOS RESULTADOS DE ALGUNAS INVESTIGACIONES

En los últimos años el interés en este tema ha contribuido a producir algunas investigaciones sobre como el trabajo Social se compromete a influir en las políticas sociales.

Un primer nivel de análisis procura una interesante distinción que separa el papel desempeñado por el Consejo Nacional de los Trabajadores Sociales y el papel interpretado por profesionales individuales en sus territorios.

En el primer caso los documentos proporcionados en el sitio web del Consejo y en la “newsletter” que con regularidad se envía a los colegiados expresan una atención muy fuerte a las políticas sociales (www.cnoas.it). Son diferentes las iniciativas que el Consejo ha realizado tanto por los comunicados de prensa oficiales, tanto a través de la participación en grupos de trabajo promovidos a nivel ministerial. Un análisis de la página web de la Orden (www.cnoas.it) le permite saber las posiciones de vez en cuando tomada en comparación con algunas opciones de políticas sociales que se consideren una falta de respeto de los derechos de las personas y de la justicia social. Se trata sobre todo de pronunciamientos en relación a problemas de migrantes, de pobreza, de tutela de los niños, de los mayores y de los discapacitados. Es interesante también subrayar el empeño en mesas de discusiones con los diferentes ministerios para contribuir a la realización de documentos y leyes.

En relación al papel interpretado por profesionales en su trabajo diario es interesante analizar algunas investigaciones que se realizaron en los años pasados en Italia. En la investigación realizada en 2010 sobre una muestra de 1000 trabajadores sociales de toda Italia (Facchini, 2010) se nota una propensión por el trabajo de casos (40% del total de horas), mientras que alrededor del 15% está destinado a la creación de redes y al trabajo comunitario, a la programación y a la documentación. Un porcentaje aún menor (menos del 5%) se dedica a la investigación y el aprendizaje permanente. (Facchini, 2010). Estos datos son coherentes con lo que los trabajadores sociales afirman en relación a las actividades que más les gustan. En una escala de 1 a 5 el punto máximo 5 es por la relación directa con los usuarios.

El análisis de las entrevistas en profundidad realizadas dentro de la investigación antes mencionada sobre la profesión en Italia (Campanini, Facchini, 2013), muestra que hay una falta de conciencia de la importancia política de las acciones profesionales. Emblemática en este sentido, la afirmación responsable del trabajo social en un servicio de Roma que, en referencia a la situación actual, dijo:

“Me parece que hay una tendencia general a prestar más atención a los intereses personales y de nicho, en lugar de la visión política ... He elegido esta profesión por razones políticas ... (para hacer) mejor la vida de las personas, con más oportunidades y ahora todo eso parece no interesar mucho”.

Otra responsable en Veneto, reflexionando sobre los resultados de algunos focus group con Trabajadores Sociales, afirma que ellos no consideran significativa la posibilidad de tener un impacto sobre la política de su ciudad y expresen una representación muy pobre de la visión política de la profesión.

Todavía se detectan algunas oportunidades que pueden ser utilizadas por los trabajadores sociales para intervenir de manera activa en el desarrollo de las políticas sociales a nivel local, por ejemplo, a través de los Planes de Zona (art. 19, Ley 327/2000).

Un jefe ejecutivo de Liguria dice al respecto: “Los TS colaboran con los políticos en la formulación de planes de zona” y un líder de la Apulia hace hincapié en que “ es una situación en la que existe una relación estrecha, una fuerte sinergia entre los políticos y el nivel técnico y administrativo .. el político ya no se ve como una contraparte, por el contrario, como un gran recurso “ y, al final, el ejecutivo de una asociación de tercer sector dice “es importante dar una contribución a identificar líneas políticas, ... ellos traen el problema ... y los trabajadores sociales puede contribuir para crear las soluciones más adecuadas”.

Como afirma Bifulco (2013) la aplicación del instrumento del plan de zona se hizo de una manera muy diferente en diferentes áreas geográficas y en una investigación reciente ha puesto de manifiesto el papel clave que en teoría podría reproducir la figura del trabajador social, pero que

parece adquirir importancia inversamente proporcional a las disposiciones reglamentarias, debido a la reducción gradual del sistema de bienestar, la reducción drástica de los fondos, las diversas limitaciones que han aumentado de forma exponencial en los últimos años debido al pacto de estabilidad (Allegri, Facchini, 2013, pp.80-81).

En este escenario, los trabajadores sociales no han sido capaces de tomar una posición colectiva fuerte, tal como ha ocurrido en España, para desarrollar un discurso claro y compartido con el cual hacer frente a las decisiones de la política social y de las organizaciones de servicios. Los trabajadores sociales italianos parece mantengan un perfil de autodefensa y acomodación en faz a los cambios que se realizan.

Una búsqueda, limitada a una muestra de los trabajadores sociales en la región Lombardía, que estaba destinada a probar la aplicabilidad en el contexto italiano de un cuestionario desarrollado en Israel, sobre las prácticas políticas, ha puesto

de relieve algunos aspectos que confirman y, si es posible, especifican con mayor detalle las consideraciones expuestas anteriormente.

Una primera consideración que se tiene que hacer es la resistencia por parte de algunas instituciones a permitir la participación de sus trabajadores sociales en esta investigación. Al final los trabajadores sociales entrevistados fueron solo 51.

Parece que más allá de la carga de trabajo excesiva, el tema de alguna manera ha desalentado la disponibilidad. Otra consideración es relativa a la dificultad de responder a las preguntas que eran consideradas muy lejas de la práctica cotidiana. Eso muestra la falta de una reflexión sobre la posibilidad de desarrollar, en el trabajo diario, actividades de práctica política.

Un primer dato que se encuentra en la investigación, es la confirmación de la orientación principalmente al trabajo de caso (60%) y una baja tendencia hacia el trabajo comunitario (15%). En cuanto a la posición en la política, se puede observar que los trabajadores sociales dicen que no se identifican con una ideología política en el 83,1% de los casos, no se identifican con un partido político en el 71,8%; siguen la política nacional en el 33,8% de los casos y la local en el 38%. Estos datos son consistentes con los resultados de la investigación sobre las motivaciones de los estudiantes que se inscriben en la carrera de trabajo social, donde se evidencia que, en el grado de confianza en diferentes instituciones, la política recibió el valor más bajo (2,1 en una escala de 1 a 4). (Campanini, Facchini, 2014).

Pasando a analizar las respuestas acerca de la frecuencia con la que ha actuado solo o con colegas intervenciones orientadas a cambiar las políticas, el 49,4% se compromete en una acción orientada a influir sobre las líneas de su propia organización (49,4%), muy poco se dirige a las políticas locales (15,5%) y solo el 4,2% a las nacionales (4,2%). Aunque declaran de haber llevado a cabo un estudio sobre un problema (64,8%) o participado en seminarios y conferencias, destinadas a poner en conocimiento de los políticos los problemas de los usuarios (46,5%), no realizan acciones concretas, tales como por ejemplo, presentar una documentación (8,5%), utilizar los medios de comunicación (16,9%) o fomentar la participación de los usuarios (9,9%) en acciones de reclamación y no participan en los comités o grupos profesionales con estos objetivos. (Campanini, 2015).

Para concluir podemos afirmar que en este periodo histórico los trabajadores sociales en Italia no parecen muy comprometidos con la práctica política si no a nivel de los órganos nacionales de representación de la profesión. Tenemos a subrayar que la preparación ofrecida en los cursos de grado y postgrado no es suficiente para formar el trabajador social a las competencias y tampoco a incorporar intervenciones de práctica política en sus actividades cotidianas. Se auspicia una

reflexión más profundizada sobre este tema y la toma de medidas que puedan invertir esta tendencia para que el trabajo social italiano responda más coherentemente con la misión expresada de la definición internacional de una profesión comprometida en la realización de cambios estructurales para garantizar los derechos humanos y la justicia social.

5. BIBLIOGRAFÍA

- ALLEGRI, E. & FACCHINI, C. (2013). Partecipazione e competenze. In L. Bifulco, & C.Facchini (a cura di), *Partecipazione sociale e competenze. Il ruolo delle professioni nei Piani di Zona* (pp.63-78). Milano, Italia: Franco Angeli.
- ALLEGRI, E. (2015). *Il servizio sociale di comunità*. Roma, Italia: Carocci.
- AA.VV. (1975). *Il servizio sociale professionale nel mutamento dai servizi per emarginati ai servizi sociali per tutti*. Padova, Italia: Fondazione Zancan.
- BIFULCO, L. & VITALE, T. (2005). La contrattualizzazione delle politiche sociali e il welfare locale. In L. Bifulco (a cura di), *Le nuove politiche sociali : temi e prospettive emergenti*. Roma, Italia: Carocci.
- BIFULCO, L. (2013). Partecipazione e Piani di Zona. In L. Bifulco & C.Facchini (a cura di), *Partecipazione sociale e competenze. Il ruolo delle professioni nei Piani di Zona* (pp.47-62). Milano, Italia: Franco Angeli.
- BORTOLI, B. (2013). *I giganti del lavoro sociale*. Trento, Italia: Erickson.
- BRESSANI, R. (2013). Advocacy. In A.Campanini (diretto da), *Nuovo dizionario di servizio sociale* (pp.31-33). Roma, Italia: Carocci.
- CAMPANINI, A. & FORTUNATO, V. (2008). The role of social work in the light of the Italian welfare reform. In V.Fortunato, G. Frisenhahn & E. Kantowicz, E. (eds.), *Social Work in Restructured European Welfare Systems* (pp.27-40). Roma, Italia: Carocci.
- CAMPANINI, A.& FACCHINI, C. (2012). Social Work and Social Policy- The Italian case. *Journal of US-CHina Public Administration*, 9 (3), 257-267.
- CAMPANINI, A.& FACCHINI, C. (2013), Social workers affecting social policy in Italy. In J. Gal, I. Weiss-Gal (eds.). *Social workers affecting social policy. An international perspective* (pp.79-99).Bristol, England :Policy Press.
- CAMPANINI, A. (diretto da) (2013). *Nuovo dizionario di servizio sociale*. Roma, Italia: Carocci.
- CAMPANINI, A. & FACCHINI, C. (2014).Values and motivations in BA students of social work: the italian case. *Social work & Society*,11 (1) www.socwork.net.
- CAMPANINI, A. (2014). El trabajo social en Italia: situación actual y desafíos. In E. Pastor Seller & M.A. Martínez- Román (coord.). *Trabajo social en el siglo XXI. Una perspectiva internacional comparada* (pp.203-218). Madrid, España : Grupo5.

- CAMPANINI, A. (2015). Il servizio sociale e le policy practices. In A. Bassi & G. Moro. *Politiche sociali innovative e diritti di cittadinanza* (pp.101-120). Milano, Italia: Franco Angeli.
- CAMPANINI, A. (2016), Esco-European Skills /Competences, Qualifications And Occupations. Un Reto Para El Trabajo Social, in D. Carbonero, E. Raya, N. Carparros & C. Gimeno (Coords.). *Respuestas transdisciplinarias en una sociedad global. Aportaciones desde el Trabajo Social*, La Rioja, España, Universidad de La Rioja. ISBN 978-84-608-7364-8.
- CAMPANINI, A & DELLAVALLE, M. (2015). Situación y transformaciones en los SS.SS. en Italia. *Documentación Social*, 175. 155-173.
- DAL PRA, M. (2005). *Dizionario di Servizio Sociale*. Milano, Italia : Carocci.
- DELLAVALLE, M. (2008). *Le radici del servizio sociale in Italia. L'azione delle donne: dalla filantropia politica all'impegno nella Resistenza*. Torino, Italia: CELID.
- DIOMEDE CANEVINI, M. (2013). Storia del servizio sociale. In A. Campanini (diretto da), *Nuovo dizionario di servizio sociale*, (pp.676-684). Roma, Italia: Carocci.
- DIOMEDE CANEVINI, M. & CAMPANINI, A. (a cura di) (2013). *Servizio sociale, lavoro sociale. Questioni epistemologiche e disciplinari*. Bologna, Italia : Il Mulino.
- DUCCI, V.(1995). *Servizio sociale e servizi sociali tra crisi e riforme*. Roma, Italia :EISS
- FACCHINI, C. a cura di (2010). *Fra impegno e professione: Gli assistenti sociali come soggetti del Welfare*. Bologna, Italia: Il Mulino.
- GAL, J. & WEISS-GAL, I. (2013). Policy practice in social work: an introduction. In J. Gal & I. Weiss-Gal, *Social workers affecting social policy. An international perspective* (pp.1-16). Bristol, England: Policy Press.
- GORI, C. (2005). *La riforma dei servizi sociali in Italia: L'attuazione della legge 328 e le sfide future*. Roma, Italia : Carocci.
- HAYNES, K.S. & MICKELSON, J.S. (2003), *Affecting change: social workers in the political arena*. Boston, USA : Allyn & Bacon.
- HOEFER, R. (2006) *Advocacy Practice for Social Justice*. Chicago, USA: Lyceum.
- JANSSON, B.S. (2008). *Becoming an effective policy advocate: process and Current Issues*. Belmont, USA : Thomson, Brooks/Cole Pub.
- KOESKE, G.F., LICHTENWALTER, S. & KOESKE, R.D. (2005). Social workers current and desired involvement in various practice activities: explorations and implications. *Administracion in social work*, 29 (2). 63-83.
- MULAZZANI, L., TENTONI R. & ZANABONI, L. (1971). Le rammendatrici dal dialogo facile. *Inchiesta*, 3. 65-67.
- SCOPPOLA, P. (2000). Il contesto storico. In SOSTOSS, Servizio sociale e democrazia, *Quaderni della rivista di servizio sociale*, 17. 5-11.
- WEISS-GAL, I. (2008). The person –in–environment approach: professional ideology and practice of social workers in Israel, *Social work*. 53. 65-75.

Sitografia

www.cnoas.org

www.globalsocialagenda.org

POLÍTICAS DE BIENESTAR EN EL ÁMBITO LOCAL: EL CASO ESPAÑOL¹

María Jesús Rodríguez García

Profesora Contratada Doctora. Departamento de Sociología. Centro de Sociología y Políticas Sociales de la Universidad Pablo de Olavide. mjrodgar@upo.es

Enrique Pastor Seller

Profesor Titular de Universidad. Departamento de Trabajo social y Servicios Sociales. Universidad de Murcia. Investigador del Centro de Sociología y Políticas Sociales de la Universidad Pablo de Olavide epastor@um.es

María Rosa Herrera Gutiérrez

Profesora Contratada Doctora. Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales. Centro de Sociología y Políticas Sociales de la Universidad Pablo de Olavide. mrherrer@upo.es

Cristina Mateos Mora

Profesora Ayudante Doctora. Departamento de Sociología. Centro de Sociología y Políticas Sociales de la Universidad Pablo de Olavide. cmatmor@upo.es

Sumario: 1. Introducción. 2. Estado del bienestar y sistema de gobierno local en España. 3. Los servicios públicos locales. 4. Hacia el desarrollo de las actuaciones integrales: el caso de la regeneración urbana. 4.1. Áreas de actuación y objetivos de las actuaciones integrales. 4.2. La gobernanza participativa en las actuaciones integrales. 5. Consideraciones finales. 6. Bibliografía.

Resumen: La dimensión local del bienestar no es un asunto nuevo. Es claro que el ámbito local juega un importante papel en la provisión de servicios públicos y, por tanto, en las actuaciones en torno a las desigualdades socio-espaciales y territoriales. Sin embargo, recientemente ha cobrado nuevo interés debido, entre otros elementos, a la pluralidad de actores implicados en la provisión de servicios sociales, tanto por el aumento de su número, como de los diferentes tipos de intereses que defienden. En este capítulo se presentan algunas claves para analizar el bienestar local, considerando el marco institucional que supone el contexto de gobernanza multinivel definido por el sistema de gobierno local en

¹ Este trabajo se ha desarrollado en el marco del proyecto URBAN IMPACTS (CSO2015-70048-R) financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación (Gobierno de España) y fondos FEDER de la Unión Europea, siendo los autores miembros del grupo de investigación (<http://www.upo.es/cspl/urbanimpacts/>).

España, la dificultad de definición de los servicios locales de bienestar y los nuevos retos de implementación que enfrentan los sistemas locales de bienestar.

Conceptos centrales: Bienestar local, servicios públicos locales, implementación, políticas integrales.

1. INTRODUCCIÓN

Como es sabido, los procesos de transformación que afectaron a las sociedades industriales entre los años 60 y 90 del pasado siglo produjeron las consabidas crisis económicas y políticas de los sistemas de bienestar, que hicieron focalizar la atención en el papel de los contextos locales en el desarrollo económico y la provisión de servicios de bienestar. Como señala Ferrera (2005), diferentes factores están en el origen de dicha crisis: las dificultades de financiación, la crisis de legitimidad del Estado del Bienestar, y las presiones desde las instituciones europeas para desplazar responsabilidades hacia las administraciones locales.

En este contexto, la ‘localización’, los sistemas de bienestar (en adelante SLBs) se plantea a partir de un argumento principal según el cual estos sistemas son más efectivos, más participativos y más sostenibles (Andreotti *et al.* 2012; Navarro, 2006).

En este marco, desde los años 90 los gobiernos locales se han convertido en un actor fundamental en la planificación, financiación e implementación de las políticas sociales en todas las democracias occidentales. Siendo así que las actuales configuraciones de los sistemas de bienestar no pueden ser vistas únicamente como sistemas nacionales, sino como un conjunto de políticas nacionales y subnacionales, (Andreotti *et al.*, 2012; Navarro y Rodríguez, 2009).

Aún más, el hecho de poner el foco en la dimensión local de los sistemas de bienestar no quiere decir que las políticas de bienestar sean exclusivamente un ‘producto’ local; tampoco que los SLBs sean estructuras fijas y estables, tratándose más bien de procesos dinámicos en los que condiciones socioeconómicas y culturales específicamente locales dan lugar, en primer lugar, a diferentes acuerdos entre actores públicos o no a que participen en la provisión y producción de políticas de bienestar, y, en segundo lugar a diferentes perfiles de demanda, en función de las necesidades de la población en diferentes contextos. Por tanto, siguiendo a Andreotti *et al.* (2012), no se trata simplemente de un cambio de escala de las responsabilidades de bienestar hacia el nivel local, sino de configuraciones específicas de necesidades, recursos y sistemas de provisión que emergen en el nivel local, íntimamente relacionadas con cada contexto y sociedad política local.

En este capítulo se pretende abordar algunas claves explicativas a este respecto y para el caso español en particular, tomando algunas evidencias referidas a dos elementos centrales: la dificultad de definición de los llamados servicios locales de bienestar, tanto en su dimensión sustantiva como en su dimensión procedimental, y la relación entre estas y los imperativos institucionales derivados principalmente de la Unión Europea respecto a los objetivos de cohesión social y el papel del ámbito local como *locus* del desarrollo de políticas integrales.

2. ESTADO DEL BIENESTAR Y SISTEMA DE GOBIERNO LOCAL EN ESPAÑA

A pesar del creciente protagonismo del ámbito local en la provisión de servicios públicos y, por tanto, en las actuaciones en torno a las desigualdades socio-espaciales y territoriales, también debe considerarse que la capacidad de acción de los municipios se estructura en torno a, al menos, dos condiciones: el desarrollo socio-económico de las comunidades locales y el contexto institucional que regula sus capacidades políticas, administrativas y fiscales. Las capacidades o competencias de los municipios se definen por el sistema de gobierno local diseñado por niveles de gobierno superiores y que influyen tanto en los ‘asuntos’ y las preferencias de los líderes políticos locales (la agenda política local), como en los procesos de gobernanza y coaliciones que se establecen entre diferentes actores locales (Navarro, 2017).

En este sentido, para Sellers y Lidstrom (2007) los regímenes locales de bienestar pueden definirse como la combinación de dos elementos principales: el régimen de bienestar y la infraestructura institucional del sistema de gobierno local. El primero establece la concepción de los bienes públicos, así como el papel de los diferentes actores públicos y sociales en la prestación de servicios; la segunda establece las capacidades de los municipios en materia de acción política y administrativa y, por tanto, para la prestación de servicios públicos.

En cuanto al primer aspecto, España, al igual que otros países del Sur de Europa, ejemplifica un modelo mediterráneo. Este modelo implica combinar el carácter universal del modelo socialdemócrata y el carácter ocupacional del modelo conservador (Ferrera, 1993; Sarasa y Moreno, 1995; Moreno y Mari-Klose, 2013). Sin embargo, hay otro rasgo principal que diferencia al Estado de Bienestar Español de otros países mediterráneos: el alto nivel de descentralización hacia las Comunidades Autónomas. De hecho, la mayor parte de las responsabilidades que

constituyen las políticas principales o clásicas del Estado de Bienestar son competencia de las Comunidades Autónomas (como la salud, la educación, los servicios sociales o la vivienda), compartiendo algunas responsabilidades con los gobiernos locales en los servicios sociales o la cultura (Plana *et al.*, 1998, Ramírez *et al.*, 2007). Sin embargo, existen algunas diferencias en el rango de responsabilidades descentralizadas hacia los gobiernos regionales, así como sus capacidades fiscales, promoviendo diferencias entre ellas. Por otra parte, algunos análisis indican que existen diferentes modelos de “régimenes regionales de bienestar” (Gallego, *et al.* 2003). Así, el proceso de descentralización en España, particularmente en lo que respecta al Estado de Bienestar, ha promovido la centralidad del gobierno regional, mientras que los municipios son el socio más débil del sistema intergubernamental (Agranoff, 2010).

En lo que respecta a la infraestructura de gobernanza local, España también muestra rasgos similares a otros países del sur de Europa: un alto nivel de localismo político, un bajo nivel de localismo jurídico, así como un alto nivel de fragmentación (Page y Goldsmith, 1987, Navarro *et al.*, 2017). Los municipios son reconocidos como gobiernos autónomos por la Constitución y, bajo el principio de “competencia general”, pueden desarrollar cualquier actividad y servicio para satisfacer las necesidades y demandas de las comunidades locales, además de algunos servicios obligatorios según el tamaño de la población. Este rasgo de la descentralización municipal viene dando lugar al denominado “dilema de la autonomía local” a saber: el reconocimiento de la ciudadanía y autoridades públicas sobre la centralidad del gobierno y administraciones locales en relación a la prestación de servicios públicos, por un lado, frente a su escasa capacidad económica y fiscal, por otro (Navarro *et al.* 2017; Yloen, 1989).

Por otra parte, el análisis de la provisión de servicios locales en España es un tema complejo debido a las dificultades para conocer los servicios que los municipios realmente proporcionan. Según la ley (Ley de Bases de Régimen Local), los municipios tienen que proporcionar una serie de servicios públicos obligatorios según su tamaño. Pero los municipios también podrían desarrollar actividades complementarias con respecto a las prestadas por las autoridades supramunicipales, otras administraciones podrían delegar alguna provisión de servicios a los municipios. Y existen diferentes tipos de acuerdos y programas entre los gobiernos locales y los niveles superiores para desarrollar políticas, servicios, programas o proyectos específicos. Pero, sobre todo, los municipios podrían proporcionar cualquier servicio de acuerdo a la necesidad o demanda local. Por lo tanto, más allá de los

servicios obligatorios según el tamaño, el esfuerzo o la gama de servicios prestados por los municipios podrían ser diferentes entre ellos².

En este contexto, y con el objetivo de garantizar la prestación de servicios en los municipios, el apoyo financiero intergubernamental desempeña un papel crucial. Esto podría implicar que las capacidades locales son moldeadas, o incluso limitadas, por niveles superiores a través de este apoyo financiero (Navarro, *et al.* 2017; Sellers y Lindtröm, 2007). De hecho, además de la centralización de las finanzas locales, las regulaciones fiscales locales incluyen la supervisión central de los presupuestos municipales, así como limitaciones específicas de las capacidades impositivas porque el estado central establece el rango de tasas impositivas.

En términos generales, este marco significa una orientación básica hacia un sistema de igualdad fiscal en el que pueden darse variaciones territoriales en razón de la capacidad de los municipios de elevar los diferentes niveles de impuestos de acuerdo con la vitalidad de las economías locales, promoviendo diferencias en la provisión de servicios según esta fuente de ingresos propios. Sin embargo, la compensación fiscal, básicamente a través de transferencias corrientes, podría compensar estas diferencias, aunque los principales criterios distributivos no son las desigualdades o necesidades sociales, sino el tamaño de la población. Lo anterior, unido al hecho de las diferencias existentes entre los sistemas fiscales regionales, desencadena la existencia de desigualdades horizontales como diferencias entre municipios, según las características de sus comunidades locales (número de habitantes y, condiciones socioeconómicas), así como los efectos regionales, aunque el apoyo intergubernamental esté orientado a desempeñar un papel crucial en la moderación de estas diferencias (Navarro, *et al.*, 2017). Así, los niveles de gobierno superiores, y básicamente el estado central, desempeñan un papel crucial como regulador del sistema de gobierno local, lo que pone en evidencia que los SLBs no pueden ser vistos como un simple cambio de ‘escala’ en la atribución de responsabilidades de bienestar, sino como dinámicas y procesos en los que aspectos institucionales y las características de los contextos específicos se conjugan configurando estructuras de oportunidades diferentes para la ciudadanía (Andreotti *et al.*, 2012; Navarro, 2014).

² Esto se ejemplifica por las llamadas “responsabilidades impropias”: servicios o áreas de intervención pública que los municipios han desarrollado según las nuevas necesidades y demandas municipales aunque no tengan responsabilidades propias y/o sean responsabilidades de los niveles superiores de gobierno (Galán, 2012).

3. LOS SERVICIOS PÚBLICOS LOCALES

Lo anterior significa que debe atenderse tanto al protagonismo de las administraciones locales en el conjunto del esfuerzo público estatal, como también a la configuración de sistemas locales de bienestar, en la medida en que los gobiernos y administraciones locales priorizan diferentes políticas y asuntos en sus agendas, presentan diferentes grados de esfuerzo público en relación a las políticas de bienestar, desarrollan diferentes estrategias y prácticas de innovación organizativas, así como diferentes pautas de interacción con agentes públicos y privados para la provisión y producción de servicios (Navarro y Rodríguez, 2009, Pastor, 2017).

Ahora bien, como propone Van Berkel (2006) el estudio del Estado del Bienestar, o mejor dicho, de las políticas públicas en general, revela que éstas se caracterizan no sólo por el esfuerzo más o menos intenso en las áreas de política que constituyen el bienestar social como *formal policy*, sino también por la forma en que se concreta su acción a través de la prestación de servicios a la ciudadanía, la denominada *procedimental policy*. Así, la dimensión formal o sustantiva de las políticas se refiere a su contenido fundamental, el *qué*, en relación a las situaciones específicas que son atendidas, que suelen encontrarse definidas y reguladas en el conjunto de políticas sectoriales que configuran el bienestar social desde un punto de vista formal (educación, salud, vivienda, empleo, dependencia, servicios sociales,...). Como señalara Ferrera (1993) en esta dimensión se encuentra uno de los principales retos del Estado del Bienestar que consiste en ‘incorporar’ las nuevas situaciones susceptibles de protección y el reconocimiento de derechos de acuerdo con los cambios sociales, a los que el nivel de gobierno local no es ajeno, principalmente por su carácter de administración cercana.

En la dimensión procedimental, esto es, en *cómo* se provee el bienestar, es donde cabe situar el proceso de ‘localización’, en lo que el ámbito local tampoco es ajeno a cambios en cuanto a su relación con el entorno, en la medida en que la prestación de servicios ha ido incorporando, cada vez en mayor medida, la colaboración con otros agentes, tanto públicos, como privados, pero también, por su propia naturaleza institucional, con niveles de gobierno superiores, dando lugar a dinámicas de gobernanza multi-nivel en donde cuentan tanto los acuerdos con actores privados, como los que establece con otras administraciones (Navarro y Ramírez, 2006).

¿Cuáles son los rasgos más sobresalientes en estas dos dimensiones para el caso español? Respecto a la dimensión sustantiva, el análisis es complejo, pues, como se ha mencionado, a través de responsabilidades propias e impropias, el gobierno local provee servicios en áreas de actuación que le son características, pero tam-

bién presenta dinámicas de cambio y de adaptación a los cambios sociales y en los contextos específicos. Así, si los cambios sociales hacia sociedades post-industriales o post-modernas evidenciaron este rasgo al hacer del ámbito local el *locus* de los servicios sociales (Navarro y Rodríguez, 2009), los cambios recientes debido a los recortes en financiación lo han acentuado (Andreotti, *et al.* 2012). Más aún, el cambio hacia las sociedades post-industriales dejó ver nuevas necesidades y demandas, articuladas en torno a nuevas formas y estilos de vida, además de las clásicas demandas ligadas a las necesidades de integración y cohesión social (Navarro y Rodríguez, 2009). Esta nueva agenda, ligada a nuevas orientaciones normativas y valores entre la ciudadanía, remite, por ejemplo, a actividades socio-culturales para la infancia, jóvenes y mayores, la integración entre vida doméstica y laboral y la atención a población dependiente, sobre todo por el nuevo rol social de la mujer, así como también el reconocimiento de nuevas formas de convivencia o la convivencia inter-cultural como producto de la inmigración, muchas de las cuales se manifiestan en nuevas formas de participación social (Rodríguez, 2013).

Estas nuevas demandas de integración y desarrollo comunitario, suponen un conjunto de nuevas necesidades, orientaciones socio-políticas y demandas, que, por su cercanía, el ámbito local está llamado a atender. Es la conjunción de la prestación local de servicios sociales en nuevas áreas de actuación la que ha dado forma a los denominados servicios de proximidad o *servicios personales*. Para Plana *et al* (1998) es en el ámbito de los servicios personales donde se encuentra la contribución específica del ámbito local al Estado del Bienestar en su conjunto.

Así, desde la perspectiva de la *formal policy*, un rasgo distintivo de los sistemas locales de bienestar reside en el desarrollo de los servicios personales, en una concepción de la acción pública en donde priman los principios de proximidad y una visión amplia del bienestar y la calidad de vida que incluye tanto la atención a las necesidades de integración social, como a las del desarrollo de nuevas formas y estilos de vida. En todo caso, su origen, en respuesta a demandas emergentes, hace que no se trate de un conjunto específico de programas o servicios de bienestar regulados centralmente, ni tampoco, en algunos casos, de una competencia explícita local, sino de la extensión del bienestar hacia nuevos ámbitos de actuación en relación a la aparición de nuevas necesidades y demandas que hacen del “ciudadano medio” su objeto de intervención, y no únicamente grupos definidos por su grado de inserción social. Se trata de un ámbito de actuación emergente que cobra, día a día, mayor importancia (Andreotti *et al.*, 2012; Navarro y Rodríguez, 2009).

Ahora bien, los servicios personales, además de la extensión de la concepción del bienestar y de la intervención estatal bajo principios de proximidad, presentan

otros rasgos que pueden dar cuenta de su naturaleza y especificidad al compararlos con los servicios urbanos clásicos, que se refieren al mantenimiento y desarrollo de la infraestructura urbana o el desarrollo económico local (Navarro y Rodríguez, 2009).

Como puede verse en la tabla 1, los servicios básicos urbanos se distinguen nítidamente de los servicios de atención social y los de carácter sociocultural, constituyendo los dos últimos un conjunto homogéneo de la oferta de servicios locales. Las diferencias principales entre ambos tipos de servicios locales se encuentran en el objeto de intervención respectivo: los servicios urbanos básicos son, principalmente, “servicios físicos” orientados a intervenir en el contexto –infraestructura–donde se desarrolla la vida en el municipio, mientras los otros son “servicios humanos”, orientados a cambiar o mejorar la calidad de vida de los ciudadanos directamente, no el ambiente físico en donde viven. Así mismo, los primeros usan como recurso principal recursos económicos, mientras que los personales usan, sobre todo, capital humano.

Por último, en cuanto a sus criterios o patrones de distribución, los primeros suelen dar lugar a bienes no divisibles que se proveen de forma conjunta, en donde no es posible la exclusión de su uso o consumo (por ejemplo, un parque, una calle, la iluminación,...); una vez producidos no son reversibles, y para su producción no es necesaria la proximidad o interacción entre los agentes que lo ofrecen y los que lo usan.

Tabla 1. Los servicios personales como servicios locales.

Rasgos básicos		Tipos de servicios locales		
		Urbanos básicos	Personales	
			Atención social	Atención socio-cultural
Objeto de intervención	Aspecto vida urbana	Infraestructura urbana (físico)	Exclusión social (humano)	Estilos y formas de vida (humano)
	Ciudadano como...	Habitante de la ciudad	Necesitado	‘Medio’
Áreas de intervención (contenido)		Calidad de vida urbana: mantenimiento y desarrollo medio urbano	Integración socio-laboral	Desarrollo socio-comunitario
Servicios típico		Suministro agua Viario público	Servicios sociales y básicos de bienestar	Cultura, deporte, juventud, mujer,

Recursos utilizados		Capital intensivo	Labor-inten-sivo	Labor-inten-sivo
Patrones distri-bución	Divisibles	No	Si	Si
	Reversibles	No	Si	Si
	Interacción	Baja	Muy alta	Alta

Fuente: Navarro y Rodríguez, (2009, p. 21).

En cambio, los servicios personales suelen dar lugar a la provisión de bienes divisibles, de uso individual –o en todo caso, familiar–, que pueden ser reversibles si cambia la condición –necesidad o demanda– que justificaba su producción, y sobre todo, suponen la interacción entre el agente que provee el servicio y quienes lo reciben. Aquí, el contacto entre ciudadano y estado no se produce únicamente mediante el uso del servicio, sino sobre todo mediante la interacción entre el personal técnico que lo produce y los propios usuarios (Baer, 1985).

Además de la diferencia comentada entre servicios de atención social y socio-culturales, también cabe señalar la que se refiere a sus respectivas “poblaciones-objetivo”. Los primeros, orientados a la integración social, tienen en la “persona con necesidades” su objeto de intervención, mientras que los segundos, orientados al desarrollo comunitario, se orientan al “ciudadano medio con demandas”.

En cuanto a los aspectos procedimentales, según Navarro y Rodríguez (2009), es en los servicios personales donde vienen produciéndose en mayor medida procesos de trabajo inter-áreas (las dinámicas de colaboración internas) mediante acciones conjuntas o actuaciones en el territorio. También es en este sector, donde se están produciendo en mayor medida procesos de colaboración con otros actores en el territorio, principalmente entidades del tercer sector, y donde parece estar dándose cambios desde modelos de ‘actuación por programas’ sectoriales a modelos de intervención integrados orientados por la colaboración entre diferentes áreas o unidades organizativas de la administración local, o incluso, la constitución de áreas que integran tales servicios conjuntamente. Cabría señalar, pues, que los servicios personales aparecen como un espacio estratégico de actuación pública, no sólo por la naturaleza de su intervención (o su dimensión sustantiva), sino también porque es en ellos donde se está produciendo, asimismo, un cambio progresivo, tanto interno, como externo, en la forma en que se prestan.

4. HACIA EL DESARROLLO DE LAS ACTUACIONES INTEGRALES: EL CASO DE LA REGENERACIÓN URBANA

Ahora bien, otro de los aspectos que influyen en la provisión de servicios de bienestar a nivel local es la tendencia general marcada por la política de cohesión social de la Unión Europea para desarrollar actuaciones integrales. Aunque el debate académico sobre políticas locales de bienestar y cohesión social no se ha desarrollado mucho, es sin embargo una línea prioritaria de la Unión Europea, que viene poniendo el acento en el desarrollo de políticas integrales, bajo la consideración principal de que el efecto de este tipo de políticas en la cohesión social se basa principalmente en su adaptación a los contextos específicos y en la diversidad de actores y procesos de gobernanza que implica su diseño e implementación (Andreotti *et al.* 2012).

Un buen ejemplo de este tipo de políticas lo constituyen los programas de regeneración urbana, políticas integrales de actuación en contextos específicos, que según algunos estudios contienen en su diseño o *frame* general dos aspectos relevantes para el logro de la cohesión social: la necesidad de consenso entre los actores económicos, políticos y sociales (locales) y el rol de la ciudadanía a través de su participación en los procesos de gobernanza local (Andreotti, *et al.* 2012; Pastor, 2015; Navarro, 2016).

En términos generales, las políticas de regeneración urbana son iniciativas claramente contextualizadas que surgen, en mayor o menor medida, por iniciativa local. Esta lógica *bottom-up* hace que, a diferencia de las clásicas políticas sectoriales, se definan objetivos y actuaciones para contextos socio-territoriales específicos, diseñados, quizás, por actores diferentes en cada caso. Por tanto, pueden especificar y adaptar de forma diferente el programa en cada proyecto de actuación. (Navarro, 2016).

Para evidenciarlo empíricamente, hemos estudiado diferentes programas y proyectos de regeneración urbana, que, entre otras cuestiones, aporta información sobre las áreas en torno a las cuales se consideran existen problemas o potencialidades en las zonas en las que se actuará y sobre qué se pretende cambiar o mejorar en ellas³.

³ Las evidencias y ejemplos presentados en este apartado proceden del proyecto Regeneración Urbana y Cohesión Social (GGI30011/DIY) financiado en el marco de la convocatoria de I+D+I de la Consejería de Fomento y Vivienda de la Junta de Andalucía y FEDER (<http://www.centrosociologia.geographica.gs/>). Se ofrecen resultados del análisis de contenido aplicado a los 81 proyectos analizados que recorren el periodo 1990-2014 en diferentes convocatorias. Para más detalle respecto a la metodología y resultados globales puede consultarse Navarro (2016).

Así, se tratará de dar respuesta a tres cuestiones clave para analizar los sistemas locales de bienestar aplicando la perspectiva de las dimensiones sustantiva y procedimental a las políticas de regeneración urbana: 1) cómo son las zonas sobre las que se actúan, 2) qué se quiere cambiar y 3) cómo se propone cambiar.

DIAGNÓSTICO Y OBJETIVOS DE LAS ACTUACIONES INTEGRALES

La identificación de problemas y debilidades detectadas en las zonas en las que se va a intervenir constituyen el contenido sustantivo principal de esta política, aquello que justifica la necesidad de una intervención integral en un área determinada, y que, por el *input* que supone, pudiera complementar a las actuaciones sectoriales que vienen desarrollándose en dichas áreas.

A partir de las evidencias obtenidas en el caso de los programas de regeneración urbana desarrollados en Andalucía, las vulnerabilidades existentes en el área territorial en el que se desarrollan los planes de actuación son principalmente las relacionadas con las áreas socio-laboral “el desempleo” la educación, la referida a problemas relacionados con la inclusión e integración social, o el entorno y espacio urbano. Le siguen en importancia problemas relacionados con las viviendas y edificios, el área de promoción socio-económica, la pobreza, la concentración de desigualdades en ciertas zonas de los barrios y la dinámica demográfica, principalmente el envejecimiento de la población (Navarro y Rodríguez 2016).

Así pues, se identifican tanto problemas relativos al espacio físico de los barrios (equipamientos, estado de las viviendas), como, los concernientes a problemas sociales que enfrentan sus residentes, estos últimos en mayor medida. Esto describe un panorama más o menos claro sobre la extensión de ciertas necesidades y desigualdades que afectan a la población más desfavorecida de los municipios, que reside en las zonas seleccionadas para las actuaciones integrales analizadas.

Además del diagnóstico socio-económico de las zonas de intervención, los programas de regeneración urbana establecen unos objetivos, cuya consideración nos permite conocer qué aspecto de la realidad se pretende modificar. La información recogida muestra que los objetivos se centran en cinco áreas: inclusión e integración social, el área socio-económica, el entorno y espacio urbano, así como las viviendas y edificios, y en menor medida, el desempleo.

Tabla 2. Los objetivos de los proyectos: áreas más relevantes.

Porcentaje sobre total de menciones

	Respuestas	Casos
Entorno y espacio urbano	12,32	61,40
Infraestructuras y servicios urbanos	4,93	24,56
Viviendas y edificios	10,56	52,63
Socio-económica (actividad económica en el barrio)	12,68	63,16
Pobreza	2,82	14,04
Socio-laboral (desempleo)	9,51	47,37
Educación	5,28	26,32
Salud	1,41	7,02
Socio-cultural (cultura, deportes, ocio y tiempo libre)	2,82	14,04
Patrimonio	4,23	21,05
Inclusión e integración social	16,55	82,46
Seguridad (delincuencia)	0,35	1,75
Sostenibilidad y medio ambiente	3,17	15,79
Participación	5,28	26,32
Relaciones vecinales/identidad con el barrio	2,11	10,53
Relaciones inter-institucionales	2,82	14,04
Concentración desigualdades	3,17	15,79
Total	100,00 (284)	100,0 (57)

Fuente: Navarro C.J. y Rodríguez, M.J. (2015:26).

Así pues, los objetivos se centran, fundamentalmente, en dos áreas que suponen transformar el espacio físico del barrio y otras dos que se centran más en aspectos relacionados directamente con los residentes. En su conjunto, los proyectos tienen propósitos que apuntarían hacia el desarrollo de actuaciones con bastante grado de integralidad, aunque con cierto sesgo hacia la mejora de las condiciones de vida de los residentes mediante actuaciones sobre problemas específicos de exclusión y/o acceso a servicios de bienestar.

LA GOBERNANZA PARTICIPATIVA EN LAS ACTUACIONES INTEGRALES

Entre otros aspectos, en el análisis de la gobernanza de los proyectos se han considerado dos que son centrales para los programas que analizamos: la coordinación entre diferentes agentes y la participación de la ciudadanía en los mismos. La primera porque suponen mecanismos por los que se pretende garantizar el desarrollo de procesos integrales, o cuando menos, complementarios entre los diferentes agentes que actúan en la misma zona de actuación y/o que son llamados a hacerlo en los proyectos. La segunda porque da cuenta de la existencia de esfuerzos para ofrecer oportunidades de participación, facilitando así la incorporación de la ciudadanía en el diseño y desarrollo de los proyectos. En ambos casos, se trataría de la puesta en marcha de mecanismos que redundarían en los procesos de gobernanza ligados al desarrollo del proyecto.

En este sentido, en las actuaciones analizadas se suelen incluir tanto mecanismos de coordinación, como también mecanismos de participación, aunque algo más los segundos. En ambos casos, además, suelen existir en mayor medida mecanismos de carácter formal, estables, que procesos que dependen de dinámicas informales. Así, el 55% cuenta con mecanismos de coordinación de carácter formal y el 44% de carácter informal, mientras que esos porcentajes son iguales al 60% y al 54% si se trata de mecanismos de participación. Así pues, en la mayoría de los proyectos, sus diseños incorporan la preocupación por gestionar las relaciones de coordinación y procurar el fomento de la participación, y además, al menos en la mitad de ellos, se hace mediante mecanismos que garantizan la estabilidad de tales dinámicas.

Tabla 3. La presencia de mecanismos de coordinación y participación en los proyectos.

Porcentaje sobre el total de proyectos

Aspecto	Mecanismos	%	n
Coordinación	Total	76,9	78
	Formales, estables	55,1	78
	Informales	43,6	78
Participación	Total	80,8	78
	Formales, estables	60,3	78
	Informales	53,8	78

Fuente: Navarro C.J. y Rodríguez, M.J. (2015:33).

Además, estos aspectos suelen considerarse de forma simultánea, si consideramos que la mayoría de los proyectos incluyen tanto mecanismos de coordinación, como de participación. Esto pone de manifiesto que, desde el punto de vista procedimental, los proyectos considera, por lo general, el diseño de instrumentos que traten de fomentar y gestionar dos de las dinámicas más relevantes respecto a la gobernanza que puede generar el proyecto, sea la coordinación de acciones respecto al desarrollo del mismo, sea la inclusión de la ciudadanía en sus decisiones y/o desarrollo.

En base a lo expuesto, puede decirse que los programas de regeneración urbana, además de suponer una estrategia con la que enfrentan los gobiernos locales el dilema de la autonomía local, suponen programas integrales de actuación que se adaptan a las necesidades de la población residente, buscando además la involucración y coordinación de los agentes locales. Así, en consonancia con las orientaciones de la UE en materia de cohesión social, uno de los principales mecanismos llevados a cabo consiste en los procesos de gobernanza participativa.

5. CONSIDERACIONES FINALES

Como se ha dicho desde el inicio de este trabajo, el bienestar local o ‘localización’ del bienestar no es un asunto nuevo, y aunque se cuenta con bastantes estudios en la literatura especializada en gobierno local, pocos de ellos se han centrado en esta dimensión concreta del bienestar.

Por otra parte, es común abordar el estudio de los servicios locales de bienestar a partir de estudios de políticas sectoriales concretas, en las que, aun sin ser competencia del ámbito local, este contribuye en su provisión como resultado de las relaciones que se establecen entre los diferentes niveles de gobierno en un contexto de gobernanza multinivel. A este respecto, como se ha visto más arriba, el análisis de los servicios públicos locales es complejo, a lo que se suma el reto de la implementación de políticas de carácter integral, derivado de las orientaciones y directrices de la UE en materia de cohesión social.

En este capítulo se han presentado algunas claves explicativas para continuar avanzando y profundizando en la definición y análisis de los sistemas locales de bienestar, en una doble dirección: en primer lugar, para concretar los elementos que de forma específica se combinan para dar lugar a estas configuraciones, y, en segundo lugar, para la comparación sistemática de los sistemas locales de bienestar en el marco de los diferentes sistemas nacionales. Además se ha mostrado cómo en ellos también se manifiesta la política de cohesión europea en la forma de procesos integrales de regeneración urbana.

6. BIBLIOGRAFÍA

- AGRANOFF, R. (2010). *Local Governments and their Intergovernmental Networks in Federalizing Spain*. London: McGill-Queen's University Press.
- ANDREOTTI, A., MINGIONE, E., y POLIZZI, E. (2012). Local Welfare Systems: A Challenge for Social cohesion, *Urban Studies*, 49(9), pp 1925-1940.
- BAER, W. (1985): Just What is an Urban Service, Anyway?, *The Journal of Politics*, 47, (3), pp 881-898.
- FERRERA M. (1993): *Modeli di Solidarietà. Politica e riforme sociali nelle democrazie*. BOLOGNA: Il Mulino.
- FERRERA, M. (1995) "Los Estados del Bienestar del Sur en la Europa Social" en Sarasa, S. y MORENO, L. (coords.) *El Estado de Bienestar en la Europa del Sur*. Madrid, CSIC.
- FERRERA, M. (2005) *The Boundaries of Welfare: European Integration and the New Spatial Politics of Social Protection*. New York: Oxford University Press.
- GALÁN, A. (2012). *La reordenación de las competencias locales: duplicidad de Administración y competencias impropias*. Madrid, Fundación Democracia y Gobierno Local.
- GALLEGO, R., SUBIRATS, J., y GOMÀ, R. (Coords.) (2003). *Estado de bienestar y Comunidades Autónomas: descentralización de las políticas sociales en España*, Madrid: Tecnos.
- HALL, P.A. y Soskice, D. (2001). *Varieties of Capitalism: The Institutional Foundations of Comparative Advantage*, Oxford: Oxford University Press.
- MORENO, L. y MARÍ-KLOSE, P. (2013), 'Las transformaciones del Estado del Bienestar Mediterráneo: Trayectorias y retos de un régimen en transición', en del Pino, Eloísa y Rubio, María Josefa (eds.), *Los Estados de Bienestar en la encrucijada. Políticas Sociales en Perspectiva comparada*, pp. 126-146, Madrid, Tecnos.
- NAVARRO, C.J. (2014). Regímenes locales de bienestar: rasgos principales y algunos efectos, *Cuadernos de Derecho Local*, n.34, pp.216-228.
- NAVARRO, C.J. (coord.) (2016). *Mejorar la ciudad transformando sus barrios. Regeneración urbana en Andalucía (1990-2015)*, Sevilla, Junta de Andalucía, Consejería de Fomento y Vivienda y Centro de Sociología y Políticas Locales.
- NAVARRO, C.J. y RODRIGUEZ-GARCIA, M.J. (2016). El diseño de los proyectos: la adaptación del *frame* y los escenarios evaluativos, en Navarro, C.J. (coord.) *Mejorar la ciudad transformando sus barrios. Regeneración urbana en Andalucía (1990-2015)*, Sevilla, Junta de Andalucía, Consejería de Fomento y Vivienda y Centro de Sociología y Políticas Locales.
- NAVARRO, C.J. y RAMÍREZ, M.A. (2006). Enfoques para el estudio del gobierno local, *Revista de Estudios Políticos*, 100.

- NAVARRO, C.J. y RODRÍGUEZ GARCÍA, M.J. (2009). *Gobernanza multinivel y sistemas locales de bienestar en España*, Valencia: Tirant lo Blanch.
- NAVARRO, C.J. (2014): Regímenes locales de bienestar: rasgos principales y algunos efectos, Cuadernos de Derecho Local, n.34, pp. 216-228.
- NAVARRO C.J. y RODRÍGUEZ, M.J. (2015). El diseño de los proyectos de regeneración urbana. Sevilla, Consejería de Fomento y Vivienda, Junta de Andalucía
- NAVARRO, C.J., RODRÍGUEZ-GARCIA M.J., y MATEOS, C (2017). Place Equality Regimes and Municipal Choices in Metropolitan Spain: Regional Institutions and Local Political Orientations”, en Sellers, J., M. Arretche, D. Kúblér y E. Razon (eds.) *Inequality and Governance in the Metrópolis*, Londres, Palgrave.
- PAGE, E., y GOLDMISTH, M. (1987). *Central and Local Government Relations*. London: Sage.
- PASTOR SELLER, E. (2015). Opportunities for participation in the policies of municipal social services in Spain. *Convergencia Revista de Ciencias Sociales*, 68, 229-257.
- PASTOR SELLER, E. (2017). Mechanisms for participation in the public system of social services in Spain: opportunities for the development of social work with a citizenist approach. *European Journal of Social Work*, 20:3, 441-458 DOI: 10.1080/13691457.2017.1283588.
- PLANA, J. ROIGS, M., BRUGUÉ, Q., y GOMÁ, R. (1998). *Mapa de los servicios personales locales*, Barcelona: Diputación de Barcelona.
- RODRIGUEZ-GARCIA, M.J. (2013). *Género, políticas de igualdad y bienestar*, Buenos Aires, Miño y Dávila.
- SARASA, S y MORENO, L (eds.) (1995). *El Estado del Bienestar en la Europa del Sur*. Madrid: CSIC.
- SELLERS, J.M. y LIDSTROM, A. (2007). Decentralization, Local Government, and the Welfare State”, en *Governance*, 20(4), 609-632.
- VAN BERKEL, R. (2006). The decentralisation of social assistance in the Netherlands, *International Journal of Sociology and Social Policy*, Vol.26, nº 1/2, 20-31.
- WHITAKER, G.P. (1980). Coproduction: Citizen Participation in service delivery, *Public Administration Review*,. May/June, 240-246.
- YLÖEN, A. (1989). Local leadership and bureaucratic legitimacy: The Finnish Case, en Clarke, S. (ed.): *Urban Innovation and Autonomy*, 128,152. Newbury Park: Sage.

ORIGEN, DESARROLLO Y CARACTERÍSTICAS DEL ESTADO DE BIENESTAR SOCIAL EN LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

Héctor Luis Díaz Díaz

*Ph.D., Director and Professor Western Michigan University School of Social Work
Michigan. Estados Unidos*

Sumario: Introducción. Contexto histórico. Contexto político y legal. Contexto cultural del sistema de bienestar social Contexto económico. El estado de bienestar social de los estados unidos en comparación con otros sistemas. Conclusiones. Bibliografía.

Resumen: Este capítulo describe las circunstancias históricas, políticas, culturales y económicas que han contribuido al surgimiento y desarrollo del estado de bienestar social de los Estados Unidos de América. Dicho estado ha sido descrito en los ámbitos académicos como un sistema de bienestar social residual. El mismo ha sido influenciado por valores, leyes y tradiciones provenientes mayormente de Inglaterra, por el sistema económico capitalista, las ideologías políticas conservadora y liberal, y por los valores sociales del grupo dominante en el país, los blancos anglosajones protestantes. El capítulo describe a este estado de bienestar, identifica sus virtudes y limitaciones, y muestra cómo compara con otros sistemas de bienestar social. El capítulo explica cómo el sistema capitalista requiere la existencia de la desigualdad, y niveles prescritos de desempleo y pobreza. También contrasta las diferentes definiciones políticas del concepto “igualdad” y discute las diferentes definiciones del concepto “libertad”. El capítulo concluye proponiendo que ni los partidos políticos dominantes en el país ni el estado de bienestar social actual tienen como objetivo erradicar la pobreza o la desigualdad socio-económica en el país. Estos sólo intentan manejar a los pobres y no promueven cambios políticos o sociales que puedan alterar el balance de poder en el país.

Conceptos clave: elegibilidad, pobres, estado de bienestar social. igualdad, libertad, individualismo, independencia.

1. INTRODUCCIÓN

El sistema de bienestar social prevalente en los Estados Unidos de América fue instituido durante la década de los 1930 y ha sido clasificado como un sistema de bienestar social de tipo residual (Midgley, 1997: 93; Karger y Stoesz, 2010:473). Esto significa que no todos los servicios y beneficios que ofrece están disponibles a todos los ciudadanos y en lugar de esto, dichos beneficios se proveen solamente a las personas que experimentan y pueden documentar necesidades específicas.

El sistema de bienestar social de los Estados Unidos, a su vez, opera dentro de un contexto complejo. Sociológicamente hablando es funcionalista (Sullivan y Thompson, 1994: 10), económicamente hablando es capitalista (Zastrow, 1992:453), y políticamente hablando opera dentro de una república con altos niveles de democracia. Según lo expresa el voto de lealtad a la bandera de los Estados Unidos, éste país es una república (USHistory.org, 2017). En una república, los ciudadanos no gobiernan a través de su voto directo, sino que eligen a representantes quienes tomarán decisiones a favor de ellos (Neufeldt, 1997).

La manera como se elige al presidente de la nación es consistente con el gobierno de una república y muestra cómo la voluntad del pueblo con frecuencia queda diluida. Los Estados Unidos de América utiliza el sistema de votos electorales además del voto popular para elegir a su presidente. El sistema de votos electorales requiere que el pueblo elija a personas o electores que a su vez elegirán al presidente. De acuerdo con este sistema, el candidato a la presidencia que gane el voto popular en cualquiera de los estados, obtendrá todos los votos electorales correspondientes a ese estado sin importar que el candidato haya ganado por un voto o por millones de votos. A su vez, la cantidad de votos electorales asignados a los estados depende del tamaño de sus poblaciones respectivas (National Archives and Records Administration, 2016). Debido a las complejidades asociadas con este sistema, es posible que el candidato que gane el voto popular, pierda las elecciones presidenciales. Esto ocurrió en las elecciones presidenciales del año 2000 cuando el candidato republicano George W. Bush derrotó al candidato demócrata Al Gore con 300 votos electorales para Bush comparado a 238 votos para Gore, a pesar de que Gore ganó el voto popular por 538.948 votos (Leinsdorf, 2000). De igual manera, en el año 2016, el candidato republicano Donald Trump ganó la presidencia al acumular 306 votos electorales mientras que Hillary Clinton acumuló 232 votos, a pesar de que Hillary Clinton ganó el voto popular por aproximadamente 3 millones de votos (CNN Politics, 2017).

2. CONTEXTO HISTÓRICO

La historia de los ingleses en el continente norteamericano comenzó en el año 1607 cuando un grupo de inmigrantes provenientes de Inglaterra, llegaron a la costa de Jamestown en lo que actualmente es el estado de Virginia. En 1620 otro grupo de peregrinos llegó a Plymouth, Massachusetts (McLemore, 1991). La mayoría de los peregrinos provenientes de Inglaterra y otros países europeos eran personas relativamente jóvenes y saludables. No obstante, entre ellos había personas pobres y de clase media, ex convictos, prisioneros políticos y huérfanos. Muchas personas llegaban a América débiles y enfermos después de la larga travesía por el océano. Por consiguiente, había muy muchas personas en necesidad de ayuda caritativa (Trattner, 1989:15).

Los colonos europeos en el continente norteamericano utilizaban diversos métodos y estrategias para responder a los casos existentes de indigencia. Por lo general, las personas en necesidad recibían ayuda de sus familiares y de su iglesia local. Otra estrategia consistía en tener reuniones de pueblo para decidir a nivel comunitario cómo responder a casos específicos. La ayuda provista con frecuencia consistía en subastar a la persona necesitada de modo que la persona que la adquiría le proveyese toda la ayuda necesaria a cambio de su trabajo. De igual manera, los niños huérfanos y pobres con frecuencia eran entregados a familias que suplirían todas sus necesidades y le enseñarían un oficio a cambio de su trabajo. En otros casos, las personas enfermas o con limitaciones físicas eran enviadas a un albergue o al hogar de una familia donde se les cuidaría con fondos provenientes del erario (Trattner, 1989; Axinn y Stern, 2005).

A medida que los años pasaron, la composición demográfica de las colonias norteamericanas fue cambiando y se observó un aumento en la cantidad de personas ancianas, enfermas, huérfanas o necesitadas por alguna otra razón. Posteriormente, nuevos problemas sociales y de sanidad pública surgieron con el advenimiento de la industrialización y el surgimiento de las grandes ciudades. Muchas personas migraron de las áreas rurales a las ciudades en busca de mejores empleos. Esto implicó separarse de muchos miembros de sus familias y abandonar los sistemas de apoyo con los que contaban previamente (Axinn y Stern, 2005). Como consecuencia, con frecuencia el esposo, la esposa y los hijos se encontraban solos en un nuevo ambiente urbano sumamente competitivo y a menudo hostil. Dado el costo de vida más alto asociado con la vida en las ciudades, con frecuencia tanto el esposo como la esposa se veían obligados a trabajar fuera del hogar sin tener quien cuidara o supervisara a sus hijos menores de edad. Esta situación contribuyó

al aumento en los niveles de delincuencia juvenil. En las grandes ciudades también había problemas mayores de higiene y sanidad pública, y las epidemias eran más comunes debido a la conglomeración de personas (DiNitto, 2007: 39-40). El aumento exponencial de la pobreza y otros problemas sociales imposibilitaba que los familiares o la iglesia local pudieran satisfacer las necesidades de los indigentes. Por lo general, la familia inmediata, la iglesia y el gobierno local eran tan pobres como las personas que buscaban ayuda (Trattner, 1989).

La situación antes descrita demandaba una intervención mayor del gobierno local y nacional en asuntos de bienestar público. No obstante, por muchos años la ideología política imperante en el país evitó que el gobierno federal nacional se involucrara en los asuntos de bienestar público en forma significativa. De acuerdo con dicha ideología políticamente conservadora, el gobierno federal no debía proveer recursos para los pobres dado que dicha ayuda económica tendría el efecto de:

- Agotar el tesoro del país.
- Destruir la fibra moral de la sociedad al promover la vagancia y la dependencia económica.
- Violar de los derechos de los estados, los cuales eran responsables por resolver estos problemas.
- Interferir con las fuerzas naturales de suministro y demanda de la economía (Díaz, 2007).

Dicha ideología, por ejemplo, motivó al presidente de los Estados Unidos Franklin Pierce en 1851 a vetar un proyecto de ley aprobado por el congreso que proveería fondos y servicios a personas mentalmente enfermas (Day, 2006, p. 181). La misma ideología motivó al presidente Herbert Hoover en la década de los 1920 a vetar un proyecto de ley que proveería ayuda económica a agricultores hambrientos por causa de una sequía en el estado de Arkansas, mientras que firmó otra ley que proveyó alimentos para el ganado hambriento (Landenburg, 2007).

El panorama político y económico de los Estados Unidos cambió drásticamente a finales de la década del 1920 y durante la década de los 1930 después que la bolsa de valores del país colapsó. Millones de personas descubrieron que el dinero que tenían en los bancos súbitamente había perdido su valor. Esto ocasionó que muchas personas se suicidaran al comprender que ahora eran pobres. Por todas partes se observaban huelgas y personas que mendigaban alimentos. Muchos estaban dispuestos a trabajar sólo a cambio de alimentos, pero no había trabajos para ellos (Trattner, 1989: 239).

Por aproximadamente un siglo y medio, la mayoría de los norteamericanos compartían la creencia calvinista que atribuía virtud a la riqueza mientras que asociaba a la pobreza con defectos de carácter y con problemas espirituales o religiosos. Después de todo, pensaban, una persona bendecida por Dios no puede ser pobre (Tropman, 1989). No obstante, la crisis económica nacional causó que ciudadanos responsables y trabajadores quienes también eran cristianos fieles se hallaran súbitamente en la pobreza por razones que no podían comprender. Esta situación provocó un cambio de paradigma. Por primera vez en la historia de los Estados Unidos un gran segmento de la población pudo comprender que la pobreza no es necesariamente el resultado de defectos de carácter o de problemas en su relación con Dios. Llegaron a la conclusión de que la pobreza es mayormente el resultado de problemas sistémicos relacionados con la economía y el sistema político. También pudieron concluir que la intervención del gobierno federal en asuntos de bienestar social era no sólo deseable sino también absolutamente necesaria (DiNitto, 2007).

En enero de 1932, Franklin Delano Roosevelt asumió la presidencia de los Estados Unidos trayendo consigo una nueva ideología y una nueva visión. El instituyó el estado de bienestar social en los Estados Unidos. Su plan de trabajo se llamó el “New Deal” o el Nuevo Trato con América (DiNitto, 2007). El Nuevo Trato representó un rechazo de la filosofía individualista, el énfasis en voluntarismo y la creencia que el gobierno local es responsable de responder a las necesidades de los pobres. Estos postulados habían sido apoyados y proclamados por el ex presidente Herbert Hoover y sus predecesores (Axinn y Stern, 2005).

El Nuevo Trato conllevó la creación de un sistema masivo de leyes y programas que buscaba aumentar el nivel de bienestar social de los norteamericanos a través de tres estrategias principales: caridad, fortalecimiento de la economía y reforma legal (DiNitto, 2007). Las obras caritativas del gobierno federal incluyeron la provisión de alimentos, ropa y albergue para miles de personas indigentes y desamparadas. Simultáneamente, el gobierno federal comenzó miles de proyectos de construcción de puentes, carreteras y edificios públicos a través de toda la nación que requirieron la contratación de millones de trabajadores. Esta estrategia reactivó y fortaleció la economía dado que millones de personas previamente desempleadas ahora tenían dinero para gastar. Finalmente, el gobierno llevó a cabo reformas legales que buscaban proteger a los trabajadores, a las personas desempleadas y a otras personas necesitadas. Entre las muchas leyes creadas se encontraba el “National Labor Relations Standards Act” de 1937, la cual entre otras cosas prohibía el empleo y la explotación laboral de los niños menores de edad, establecía un salario mínimo para los trabajadores, establecía una semana laboral de no más de seis días, y pro-

veía un seguro para personas que se accidentaban en el trabajo. En el año 1935, se creó el sistema del seguro social. Inicialmente éste buscaba proteger a las familias de los trabajadores cuando éstos se lastimaban o morían por causa de accidentes de trabajo. Dicho sistema ha evolucionado y en este momento también representa un sistema de retiro para los trabajadores (Trattner, 1989).

Dentro del contexto estadounidense, el partido republicano representa al segmento político conservador del país. Según hemos indicado previamente, la ideología política conservadora que se oponía a la intervención del gobierno federal en asuntos de bienestar social, prevaleció en el país desde su fundación hasta la década de los 1930. Durante esta década, la actitud del pueblo cambió y los conservadores se vieron obligados por las circunstancias a aceptar el estado de bienestar social. El partido demócrata, responsable por la institución de dicho estado de bienestar, se mantuvo en el poder por 20 años después de asumir el poder en 1933. Desde entonces, el partido demócrata (liberal) y el partido republicano (conservador) han estado alternando en el poder y la dirección del país (Summers, 2008). Cuando el partido republicano regresó al poder en 1980 fue clasificado como neoconservador. En contraste con los conservadores, los neoconservadores aceptan la existencia de un sistema de bienestar social, pero hacen todo lo posible para que dicho sistema de bienestar social sea lo más pequeño y costoso posible (Mullaly, 2007:72-73).

En los Estados Unidos de América, el partido demócrata representa al sector políticamente liberal del país. Una diferencia fundamental entre los demócratas y los conservadores o neoconservadores es que los demócratas ven al sistema de bienestar social no solamente como deseable sino como absolutamente necesario para contrarrestar los efectos negativos del capitalismo sobre la sociedad (Mullaly, 2007). Dado que el miembro típico o promedio del partido demócrata es una persona pobre o de la clase trabajadora, el partido demócrata busca constantemente proveer más y mejores servicios humanos a nivel nacional, lo cual implica el agrandamiento del sistema de bienestar social (DiNitto, 2007:24-26).

3. CONTEXTO POLÍTICO Y LEGAL

El sistema legal de los Estados Unidos ha sido influenciado grandemente por el sistema legal inglés en lo que respecta al bienestar social y respuesta a las necesidades humanas. Por ejemplo, muchos principios de las leyes Elizabetanas del Reino Unido originadas en el 1601 fueron trasplantados y adoptados en los Estados Unidos (Trattner, 1989). Dichas leyes hacían una distinción entre los pobres dignos de ayuda y los pobres no dignos de ayuda. Un pobre digno de ayuda, por

ejemplo, era un niño huérfano, una persona enferma o una con discapacidades. Por otro lado, una persona saludable y sin impedimentos físicos y capaz de trabajar no era considerada digna de ayuda o sostén del erario. Otro concepto adoptado de las leyes inglesas fue el concepto de *menos elegibilidad*. De acuerdo con dicho concepto, ninguna persona que reciba sostén del gobierno debe recibir más ayuda de la que podría devengar si trabajara a tiempo completo con un salario mínimo. La lógica detrás de esto es que, si una persona que recibe ayuda pública recibe más dinero de lo que ésta podría devengar trabajando, dicha persona nunca tendrá la necesidad o motivación para buscar trabajo (Trattner, 1989; Axinn y Stern, 2005).

De acuerdo con Etzkowitz (1980) y DiNitto (2007), los conservadores son personas que gozan de muchos privilegios y poder económico. Dada su situación privilegiada, hacen todo lo posible por mantener el “status quo”. Por el contrario, los liberales muestran una actitud más progresiva y abierta al cambio. Ellos ven a la pobreza, la desigualdad y la opresión como problemas sociales y trabajan constantemente por obtener cambios sociales y económicos graduales o incrementales. A diferencia de los radicales, los liberales trabajan dentro del contexto político y legal existentes y no intentan destruir el sistema para instituir uno distinto.

De acuerdo con Trattner (1989) la ideología conservadora representó el paradigma político dominante en los Estados Unidos desde su fundación. No obstante, dicha ideología ha sido retada y contrarrestada por la ideología liberal y por los eventos de las décadas de los 1930 y los 1940 cuando el país fue azotado por la Gran Depresión y subsecuentemente cuando se desató la Segunda Guerra Mundial. Los liberales en los Estados Unidos prefieren que el país cuente con un sistema de bienestar de tipo institucional o universal parecido al de algunos países europeos.

Deseamos contrastar la manera en que los neoconservadores y los liberales en los Estados Unidos definen los conceptos de libertad e igualdad. De acuerdo con el pensamiento conservador, libertad significa estar libres de la intromisión del gobierno en nuestros asuntos y vidas privadas. No obstante, para los liberales, libertad significa ausencia de la pobreza, la injusticia y la opresión. Ambos grupos también definen la igualdad en forma diametralmente opuesta. Los conservadores conceptualizan a la igualdad como igualdad de derechos mientras que los liberales definen a la igualdad como igualdad de oportunidades en la educación, el empleo, la vivienda, etc. Ninguno de los dos grupos define o promueve la igualdad como igualdad de resultados, logros o estatus social. Esa es la definición de igualdad propuesta por los políticos radicales, de los cuales no hay muchos en los Estados Unidos (Mullaly, 2007).

De acuerdo con Mullaly (2007), los conservadores mantienen una actitud elitista y paternalista en lo que concierne al gobierno. Ellos creen que las masas populares no están calificadas para tomar decisiones de gobierno sabias. Por lo tanto, éstas necesitan que una élite social más educada y capaz, tome las decisiones importantes por ellas. Esta actitud paternalista se hace evidente a través del sistema de votos electorales que se utiliza para elegir al presidente del país (National Archives and Records Administration, 2016). El sistema electoral existente evita que el presidente sea elegido a través del voto popular y facilita que las élites decidan el futuro del país.

Las personas que se aferran a la ideología conservadora están convencidas de que la economía debe controlar las decisiones de índole política en lugar de permitir que el sistema político controle al sistema económico. Estas también valoran el *laissez faire* económico. Esto implica que el gobierno no debe interferir con las fuerzas de suministro y demanda de la economía. Los liberales a su vez, creen que la intervención del gobierno es absolutamente necesaria para regular la economía, evitar los abusos y contrarrestar los efectos negativos del sistema capitalista sobre los ciudadanos (Mullaly, 2007).

Históricamente, el control del gobierno federal de los Estados Unidos ha oscilado entre los conservadores (republicanos) y los liberales (demócratas) a pesar de que una ideología conservadora que prevenía la participación del gobierno federal en asuntos de bienestar social prevaleció en el país desde sus comienzos hasta la década de los 1930. La dirección del péndulo cambió cuando en 1932 la nación eligió al presidente demócrata Franklin Delano Roosevelt. La lista de presidentes a continuación muestra que ambos partidos políticos han compartido el poder durante los siglos XX y XXI.

Tabla 1 . Periodos de Incumbencia y Afiliación Partidista de los Presidentes de los Estados Unidos.

Presidente	Periodo de presidencia	Afiliación política	Años del partido en el poder
Theodore Roosevelt	1901-1909	republicano	12
William Howard Taft	1909-1913	republicano	
Woodrow Wilson	1913-1921	demócrata	8
Warren Gamaliel Harding	1921-1923	republicano	12
Calvin Coolidge	1923-1929	republicano	
Herbert Clark Hoover	1929-1933	republicano	

ORIGEN, DESARROLLO Y CARACTERÍSTICAS DEL ESTADO DE BIENESTAR...

Presidente	Periodo de presidencia	Afiliación política	Años del partido en el poder
Franklin Delano Roosevelt	1933-1945	demócrata	20
Harry S. Truman	1945-1953	demócrata	
Dwight David Eisenhower	1953-1961	republicano	8
John Fitzgerald Kennedy	1961-1963	demócrata	8
Lyndon Baines Johnson	1963-1969	demócrata	
Richard Milhous Nixon	1969-1974	republicano	8
Gerald Rudolph Ford	1974-1977	republicano	
James Earl Carter, Jr.	1977-1981	demócrata	4
Ronald Wilson Reagan	1981-1989	republicano	12
George Herbert Walker Bush	1989-1993	republicano	
William Jefferson Clinton	1993-2001	demócrata	8
George Walker Bush	2001-2009	republicano	8
Barack Hussein Obama	2009-2017	demócrata	8
Donald Trump	2017-	republicano	

Summers, 2008b

El surgimiento del estado de bienestar social en los Estados Unidos definitivamente marcó el comienzo de una nueva era en lo que respecta la participación del gobierno federal en asuntos de bienestar social. De igual manera, la cantidad de años que el partido republicano (conservador) y el partido demócrata (liberal) han permanecido en el poder antes y después de las elecciones presidenciales del 1932 apoya el argumento de que la década de los 1930 trajo consigo un cambio de paradigma político en el país. Como se puede observar en la tabla anterior, entre los años 1901 y 1932, los republicanos gobernaron por un total de 24 años mientras que los demócratas sólo gobernaron por ocho años. No obstante, desde el 1932 hasta el día de hoy, los demócratas han gobernado por 48 años mientras que los republicanos sólo han gobernado por 30 años. Estos datos además sugieren que el pueblo estadounidense consciente o subconscientemente intenta mantener el homeostasis o equilibrio político del país.

Consistente con la ideología política conservadora, el presidente actual Donald Trump, intenta reducir la cantidad de fondos federales actualmente asignados a

programas y servicios humanos tales como sanidad pública, educación, las artes, la investigación científica en muchas áreas, y ayuda para los pobres. Simultáneamente, busca aumentar el presupuesto militar por aproximadamente 50 billones de dólares y designar fondos para construir un muro entre los Estados Unidos y México (Kopan, 2017 March 16).

4. CONTEXTO CULTURAL DEL SISTEMA DE BIENESTAR SOCIAL

El sistema de bienestar social en los Estados Unidos ha sido moldeado por los valores del grupo social dominante en el país, los blancos anglosajones protestantes. Tropman (1989) ha identificado al trabajo, la movilidad, el estatus, la independencia, el individualismo, el moralismo y la adscripción como valores del grupo dominante que impactan de forma significativa las políticas de bienestar social del país.

Por ejemplo, la conceptualización de los estadounidenses del *trabajo* ha sido influenciada mayormente por la ética protestante y el espíritu del capitalismo expuestos por Webber (2005). Consistente con el trasfondo calvinista de dicha ideología, todas las personas son llamadas por Dios a desempeñar funciones o roles específicos en sus vidas. La ideología propone que toda persona que acepte un llamado divino y se comprometa con él, será bendecida por Dios con prosperidad económica. Esto inevitablemente implica que las personas pobres no han sido bendecidas por Dios; porque no han recibido ningún llamado, porque han rechazado el llamado, o porque no se han comprometido con él. Un problema asociado con aferrarse a esta creencia es explicar el éxito y la prosperidad de políticos corruptos y de elementos criminales en la sociedad quienes prosperan a través de la explotación de otros y no necesariamente como resultado de la bendición de Dios. Es interesante observar que la conceptualización protestante calvinista relacionada con el trabajo contrasta con la creencia católica, la cual enseña que hay virtud en la pobreza (Iglesia Católica Apostólica Romana, 2013, 20 de diciembre). Esta creencia dominante en los Estados Unidos nos ayuda a comprender por qué los estadounidenses rechazan la idea de un sistema universal o institucional al estilo europeo. Muchos creen que no debemos proveer ayuda gubernamental a personas inmorales o con defectos espirituales de carácter ya que consideran a éstos como indignos de ayuda.

La *movilidad* representa otro valor dominante en los Estados Unidos que influye sobre las políticas de bienestar social. Los estadounidenses valoran, entre otras

cosas, el progreso socio-económico de las personas. No obstante, consideran que cada individuo es responsable por su propio progreso (Tropman, 1989). Muchos opinan que ayudar a los menos hábiles a triunfar interferiría con el orden natural de las cosas y resultaría en la supervivencia y dominio de los menos fuertes.

Otro valor dominante en los Estados Unidos es la *independencia*. Dicho valor promueve la autodeterminación y la libertad de controles externos (Tropman, 1989). Los estadounidenses por lo general consideran que las decisiones que tomamos como personas determinarán si somos pobres o ricos. Creen que el gobierno no debe decidir por los ciudadanos. Obviamente, esta posición ignora los factores sistémicos relacionados con la economía y el sistema político que contribuyen a la pobreza.

El valor dominante del *individualismo* se enfoca en el individuo y no en la familia, la comunidad o la nación como unidad de análisis (Tropman, 1989). La mayoría de los estadounidenses se valoran los logros del individuo, culpan al individuo por sus fracasos y lo ven como causante de los problemas sociales. Esto nos ayuda a comprender por qué muchos norteamericanos no favorecen la creación de un estado de bienestar universal o institucional. Ellos consideran que la pobreza y la indigencia son problemas de individuos y no problemas del sistema.

Otro valor dominante en los Estados Unidos es el *moralismo*, el cual no debe ser confundido con el concepto de moralidad. La moralidad promueve los principios morales mientras que el moralismo consiste en utilizar argumentos morales para oprimir, discriminar y destruir. El moralismo representa una forma de opresión tal como lo son el sexismo y racismo. De acuerdo con Tropman (1989), el moralismo posee tres elementos básicos: juzgar, asignar culpa y determinar qué se debe hacer con respecto a la situación dada. El moralismo de muchos norteamericanos impide que ellos deseen ayudar a los pobres debido a que ellos han juzgado y determinado que estas personas son inmorales e indignos de ayuda.

Finalmente discutiremos el valor de la *adscripción*. A través de la adscripción atribuimos valor positivo o negativo a objetos, situaciones o personas (Tropman, 1989). Muchos estadounidenses consideran que la raza blanca es superior a la raza negra, la raza asiática o a la raza de los latinoamericanos, quienes por lo general provienen de diversas razas. Esta cosmovisión afecta negativamente su deseo de ayudar a los pobres en el país quienes comúnmente no son blancos anglosajones, sino que provienen de grupos étnicos y raciales minoritarios a quienes consideran intrínsecamente inferiores.

5. CONTEXTO ECONÓMICO

La economía de los Estados Unidos se caracteriza por la creencia del “laissez-faire” o no intervención del gobierno, el capitalismo competitivo, el énfasis en la acumulación de propiedad privada, y el mercado libre (Mullaly, 2007). Estos valores son incompatibles con la noción de un estado de bienestar universal o institucional por varias razones. Primero, el sostenimiento de dicho estado de bienestar interferiría con la acumulación de propiedad privada de los que trabajan o son ricos. Segundo, un estado de bienestar social universal no produciría capital, sino que consumiría mucho capital. Tercero, de acuerdo con los conservadores, el mismo representaría una intromisión del gobierno federal en asuntos de bienestar social. De acuerdo con los políticos conservadores, la mayor y mejor fuente de bienestar y ayuda para los pobres es el mercado libre el cual les ofrece la posibilidad de acumular riquezas. Por todas estas razones, los neoconservadores consideran que el estado de bienestar social debe ser lo más pequeño y lo menos costoso posible, y que el mismo debe sólo activarse en situaciones cuando los sistemas tradicionales de la familia, la iglesia y el gobierno local son incapaces de responder a las necesidades específicas y extremas de los ciudadanos. Por su lado, los conservadores clásicos prefieren que no exista un estado de bienestar social (Mullaly, 2007).

De acuerdo con los liberales, el estado de bienestar social es absolutamente necesario en los Estados Unidos debido a que el sistema económico capitalista en el cual opera requiere niveles prescritos de desempleo y pobreza. De acuerdo con los economistas, en el capitalismo es imposible que haya cero desempleo y cero pobreza. Ellos consideran como ideal un nivel de desempleo entre el cuatro y el seis por ciento al cual llaman “desempleo estructural” (Amadeo, 2016, octubre 5). El sistema capitalista requiere que siempre haya un grupo de trabajadores disponibles para ser contratados por las empresas nuevas y para que puedan contratarse cuando otros empleados están en huelga y cuando hay necesidad de soldados para la guerra. La economía experimentaría un alto nivel de inflación si el cien por ciento de la fuerza trabajadora estuviera empleada. Si la economía funcionara a un cien por ciento de su capacidad, no habría trabajadores para contratar y habría escasez de materia prima (Todaro, 2000). Finalmente, mucha demanda causaría que los precios de los productos se vuelvan sumamente caros. De acuerdo con Mullaly (2007), el capitalismo y el paradigma político conservador requiere que haya desigualdad. En un sistema capitalista, todos no pueden ser ricos.

6. EL ESTADO DE BIENESTAR SOCIAL DE LOS ESTADOS UNIDOS EN COMPARACIÓN CON OTROS SISTEMAS

Según hemos señalado a través de este capítulo, tipos específicos de sistemas de bienestar social incluyen al sistema residual, al sistema institucional, y al sistema de desempeño industrial (Karger y Stoesz, 2010, p. 473). El sistema residual provee beneficios y servicios solamente a personas con necesidades específicas documentadas. Bajo este sistema, los beneficiarios son objeto de estigma ya que el público sabe que los mismos sufren de necesidades extremas y muchos los perciben como parásitos de la sociedad. En contraste, el sistema institucional o universal común en los países europeos provee servicios y beneficios a toda la población. Esto incluye servicios médicos, educación, ayuda para viviendas, y pensiones de retiro, entre otros. Las ventajas de dicho sistema son que cubren a toda la población y que no hay estigma o prejuicios asociados con recibir ayuda del gobierno. La desventaja de dicho sistema es que es sumamente costoso. Finalmente, en el sistema de desempeño industrial los ciudadanos se vuelven elegibles para beneficios como resultado de su participación en la fuerza laboral.

Otra tipología incluye el estado positivo, el estado de seguro social, y el estado de bienestar social. De acuerdo con la literatura (Karger y Stoesz, 2010), los Estados Unidos ejemplifican al estado positivo, Inglaterra ejemplifica al estado de seguro social, y Suecia ejemplifica al estado de bienestar social. El autor canadiense Ramesh Mishra, a su vez, ha propuesto una tipología de dos categorías. De acuerdo con él, los países que forjan alianzas entre el gobierno, las empresas privadas y la clase trabajadora en respuesta a las necesidades sociales poseen un sistema de bienestar *corporativo o integrado*. Aquellos países que no forjan dichas alianzas poseen sistemas *diferenciados* (Karger y Stoesz, 2010).

Esping-Andersen (1990), hace referencia al modelo de bienestar sistémico/estructural y al modelo institucional. El considera que el modelo sistémico/estructural es necesario para la reproducción de la economía y la sociedad. Dicho sistema surge como un tipo de organización racional, universal y eficiente para la redistribución de recursos en situaciones cuando la economía industrial destruye las instituciones sociales tradicionales. El modelo institucional a su vez, busca integrar a la economía con las instituciones políticas y sociales.

Chatterjee (1996) nos presenta una tipología que incluye a cuatro sistemas: el anti colectivista, al reacio o ambivalente, el socialismo Fabiano y el marxismo. El sistema reacio o ambivalente valora la libertad y el individualismo e intenta reducir la desigualdad. Además, cree en la competencia regulada por el gobierno

y en una economía mixta. Intenta redistribuir los recursos del país para ayudar a los necesitados y está dispuesto a tolerar la existencia de un estado de bienestar, aunque no lo percibe como algo completamente deseable.

De acuerdo con los tipos de sistemas de bienestar social antes mencionados, el sistema de bienestar de los Estados Unidos puede ser descrito como residual, positivo, estructural, diferenciado, y reacio o ambivalente. El mismo se encuentra en tensión con algunos de los valores del grupo dominante en la sociedad estadounidense tales como el individualismo, la moralidad asociada con estar empleados y ser miembros productivos de la sociedad, la movilidad, la independencia y la adscripción. También se encuentra en conflicto con los valores de la libre empresa, el capitalismo y la acumulación de propiedad privada. Por lo tanto, busca ser lo más pequeño y menos costoso posible. El sistema de bienestar de los Estados Unidos sirve para reproducir y perpetuar la estructura desigual socio-económica del país y sus políticas no son el resultado de una alianza ente el gobierno, la empresa privada y los trabajadores. Finalmente, el sistema es reacio o ambivalente porque no busca cambios significativos en la sociedad en forma audaz y decidida. Finalmente, el sistema parece ser titubeante dado que la cantidad y calidad de los servicios y beneficios que provee a la población aumenta o disminuye dependiendo del partido político que se encuentre en el poder. Los servicios aumentan bajo administraciones demócratas mientras que dichos beneficios y servicios son reducidos drásticamente bajo administraciones republicanas.

7. CONCLUSIONES

El sistema o estado de bienestar social de los Estados Unidos es relativamente joven ya que surgió hace menos de un siglo. El mismo existe en medio de tensiones políticas, económicas y de valores culturales. Los políticos conservadores del país preferirían deshacerse de él, mientras que los neo-conservadores desean mantenerlo lo más pequeño posible, y los liberales lo perciben como absolutamente necesario para contrarrestar los efectos negativos del capitalismo sobre la población. En la opinión de este autor, ni el sistema de bienestar del país ni ninguno de los dos partidos políticos buscan erradicar la pobreza. Tanto el sistema de bienestar como los partidos que gobiernan solamente buscan manejar a los pobres sin alterar el balance del poder de la nación. No cabe duda que el empoderamiento de aproximadamente 40 millones de personas pobres en los Estados Unidos inevitablemente alteraría el balance del poder en el país.

8. BIBLIOGRAFÍA

- AMADEO, K. (2016, octubre 5). What Is Structural Unemployment? Causes, Examples. Extraído el 10 de abril de 2017. <https://www.thebalance.com/structural-unemployment-3306202>.
- AXINN, J. and STERN, M. J. (2005). *Social welfare: A history of the American response to need. (6th Ed.)*. Boston: Allyn and Bacon.
- CHATTERJEE, P. (1996). *Approaches to the welfare state*. Washington, D. C.: NASW Press.
- CNN Politics (2017). *Election results*. Extraído el 9 de abril de 2017. <http://www.cnn.com/election/results/president>.
- DAY, P. J. (2006). *A new history of social welfare. (5th Ed.)*. Boston: Allyn and Bacon.
- DÍAZ, H. L. (2007). From Social problems to Policies. In, H. W. Helm, Jr. and D. McBride.
- DIAZA, H. L. (Eds.). *Many voices: An introduction to social issues* (pp. 446-461). Berrien Springs, MI: Andrews University Press. [Reprint].
- DINITTO, D. M. (2007). *Social welfare: Politics and public policy (6th Ed.)*. Boston: Pearson Education, Inc.
- ESPING-ANDERSEN, G. (1990). *The three worlds of welfare capitalism*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.
- ETZKOWITZ, H. (1980). *Is America possible? Social problems from conservative, liberal and socialist perspectives (2nd Ed.)*. New York: West Publishing Company.
- IGLESIA CATÓLICA APOSTÓLICA ROMANA. (2013, 20 de diciembre). Extraído el 20 de diciembre de 2013 de http://www.ecured.cu/index.php/Iglesia_Cat%C3%B3lica_Apost%C3%B3lica_Romana#_La_Inquisici.C3.B3n.
- KARGER, H. J. and STOESZ, D. (2010). *American social welfare policy: A pluralist approach. (6th Ed.)* Boston: Allyn and Bacon.
- KOPAN, T. (2017 March 16). Here's what Trump's budget proposes to cut. Extraído el 10 de abril de 2017. <http://www.cnn.com/2017/03/16/politics/trump-budget-cuts/>
- LANDENBURG, T., (2007) Chapter 7. Herbert Hoover and the Depression. *Digital History*, 31-34. Extraído el 20 de diciembre de 2013 de http://www.digitalhistory.uh.edu/teachers/lesson_plans/pdfs/unit9_7.pdf
- LEINSDORF, J. (2000). *Gore Won the Election by 538,948 votes; Bush Won the Count by 300*. Extraído el 9 de abril de 2017. <http://www.leinsdorf.com/Gore%20Wins%20the%20Election%20by%20538.htm>.
- MCLEMORE, S. D. (1991). *Racial and ethnic relations in America (3rd Ed.)*. Boston: Allyn and Bacon.
- MIDGLEY, J. (1997). *Social welfare in global context*. Thousand Oaks, CA: SAGE publications.

- MULLALY, R. (2007). *The new structural social work (3rd Ed.)*. Don Mills, Ontario, Canada: Oxford University Press.
- NATIONAL ARCHIVES AND RECORDS ADMINISTRATION (2016). *What is the electoral college?* Extraído el 9 de abril de 2017. <https://www.archives.gov/federal-register/electoral-college/about.html>.
- NEUFELDT, V. (Ed.). (1997). *Webster's new world college dictionary (3rd Ed.)*. New York: Simon and Schuster, Inc. Macmillan.
- SULLIVAN, T. J. and THOMPSON, K. S. (1994). *Introduction to social problems. (3rd Ed.)*. New York: Macmillan Publishing Company.
- SUMMERS, R. (2008). *Presidents of the United States*. Extraído el 9 de abril de 2017. <http://www.ipl.org/div/potus/>.
- SUMMERS, R. (2008b). *Presidents of the United States*. Extraído el 9 de abril de 2017. <http://www.ipl.org/div/potus/ccoolidge.html>.
- TRATTNER, W. I. (1989). *From poor law to welfare state: A history of social welfare in America (4th Ed.)*. New York: The Free Press.
- TODARO, M. P. (2000). *Economic development. (7th Ed.)*. New York: Addison Wesley.
- TROPMAN, J. E. (1989). *American values and social welfare: Cultural contradictions in the welfare state*. Englecliffs, New Jersey: Prentice Hall Publishers.
- USHISTORY.ORG (2017). *Historic documents; The pledge of allegiance*. Extraído el 9 de abril de 2017. <http://www.ushistory.org/documents/pledge.htm>.
- WEBER, M. (2005). *Protestant work ethic and the spirit of capitalism*. (T. Parsons, Trans.) London: Taylor and Francis E-library, a division of Routledge Classics. (Original work published 1930).
- ZASTROW, C. (1992). *Social problems: Issues and solutions. (3rd Ed.)*. Chicago: Nelson-Hall Publishers.

POLÍTICAS PÚBLICAS EM PORTUGAL: A HABITAÇÃO, O PARENTE POBRE DAS POLÍTICAS SOCIAIS?

Isabel Maria do Nascimento Santana

Assistente social na Câmara Municipal de Lisboa/Departamento de Políticas de Habitação. Doutoranda de Serviço Social no ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa. Escola de Sociologia e Políticas Públicas. isabel.santana@cm-lisboa.pt

Jorge Leitão Ferreira

Departamento de Ciência Política e Políticas Públicas. ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa. Escola de Sociologia e Políticas Públicas. jorge.manuel.ferreira@cm-lisboa.pt

Enrique Pastor Seller

Profesor Titular de Universidad. Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales. Universidad de Murcia. epastor@um.es

Sumário: 1. Dinâmicas habitacionais globalizadas e o debate europeu. 2. As políticas públicas de habitação em Portugal e a construção do Estado Social. 3. Novas funções públicas nas políticas habitacionais. 3.2. Estratégias de gestão e intervenção territorial municipal. 3.3. Programas da política municipal de habitação em Lisboa. 3.4. Novos modelos de organização e a participação dos cidadãos na política municipal de habitação. 4. Notas conclusivas. 5. Referências bibliográficas.

Resumo: O artigo desenvolve uma análise sobre as dinâmicas habitacionais no quadro do debate da política europeia e do Serviço Social. Iniciamos por uma caracterização das políticas municipais de habitação no concelho de Lisboa. Utilizamos uma metodologia qualitativa com recurso à análise documental, observação da prática do Serviço Social numa perspectiva multidisciplinar e aplicamos o paradigma interpretativista. Deixamos em reflexão uma mudança de modelo de acção, assente num governo mais relacional, com valorização da participação cidadã. Esta, constituindo-se elemento essencial do Serviço Social potencia que o cidadão-utente e o próprio profissional se tornem agentes propositores de políticas públicas territoriais promovendo o desenvolvimento social, urbano e sustentável das populações.

Conceptos centrales: Políticas públicas de habitação, re-habitar Lisboa, governo relacional, participação cidadã, Serviço Social.

Re-habitar Lisboa é reconciliar a cidade com as suas gentes, as de hoje e as que ambicionamos que aqui vivam no futuro. Lisboa foi desde o princípio uma cidade de chegadas de “muitas e desvairadas gentes” que aqui se enraizaram. Re-habitar Lisboa só será possível se retomarmos essa matriz plural que explica e enriquece a nossa identidade.

Helena Roseta¹

1. DINÂMICAS HABITACIONAIS GLOBALIZADAS E O DEBATE EUROPEU

Young (2009, p. 7) classifica a transição a que se assiste, no início do séc. XXI, como a passagem de uma sociedade includente para uma sociedade excludente que não incorpora, mas exclui. Beck (1992, 2000), na sua reflexão sobre a sociedade actual globalizada, caracteriza-a pela incerteza e pelo agravamento do risco social. A desterritorialização do social e do político provoca o afastamento da sociedade e do Estado, à medida que as formas de atividade social e económica, de trabalho e de vida deixam de ter expressão no âmbito dos estados nacionais.

A revisão da literatura fornece informação relevante quanto às mudanças da sociedade actual. Autores como Guerra, 2008; Guerra *et al.*, 2008b; Murie, 2008; Malpass, 2008; Maclennan, 2008b); Guerra, 2011, referem-se a mudanças socioculturais, demográficas, urbanas, a nível do mercado de trabalho e dos rendimentos, dos mercados financeiros e dos investimentos e no âmbito da organização do Estado.

Os objetivos básicos de uma política de habitação mantêm-se, pautando-se pela habitação condigna para cada família com preços compatíveis com os seus rendimentos, porém há mudanças quanto aos meios/formas para a sua concretização. Verifica-se um redimensionamento dos mecanismos tradicionais de intervenção das políticas sociais, perante populações mais vulneráveis, a que não é alheio o novo papel do Estado na regulação da sociedade e da economia.

O debate europeu atual sobre as questões da habitação centra-se em três ideias fulcrais: i) a assunção de que a globalização provocou profundas alterações demográficas e socioculturais da oferta/procura; ii) a convicção de um número significativo de analistas ocidentais de que o problema das carências qualitativas dos problemas habitacionais se encontra resolvido; iii) a constatação de um novo

¹ Vereadora do pelouro da Habitação e Desenvolvimento Social da Câmara Municipal de Lisboa no mandato de 2009-2013, responsável pela coordenação do Programa Local de Habitação. Atualmente é presidente da Assembleia Municipal de Lisboa e deputada na Assembleia da República Portuguesa.

papel do Estado mais regulador do que provisor, afastando-se da produção direta de habitação, com uma visão mais estratégica sobre a política das cidades, a procura da eficácia e da eficiência na gestão e aposta na descentralização.

Autores como Ray Forest e James Lee (2003) referem-se a três dimensões da globalização que permitem entender as mudanças nas dinâmicas habitacionais: i) o discurso político sobre a questão da habitação encontra-se globalizado, nomeadamente através de organizações internacionais como o Banco Mundial e a Comunidade Europeia, tendo como consequência a sua rápida uniformização, bem como a expansão da lógica de ação das políticas públicas; ii) o clima de risco e de incerteza que caracteriza os mercados nacionais e, em particular, os mercados de habitação; iii) a importância do Estado na gestão dos fluxos financeiros globais.

As inseguranças estão relacionadas com a produção de bens e serviços, bem como com a instabilidade do mercado de trabalho e consequentemente, com os rendimentos das famílias e das poupanças, o que tem impactos nos mercados globais e nacionais, concretamente a nível habitacional. Quanto à terceira dimensão assinalada, verificam-se transformações de ordem macroeconómica, como é o caso da focalização de investimentos para as famílias ou para as empresas, originando o aumento crescente de proprietários mas, também, transformações das identidades baseadas no lugar, constituindo-se uma identidade cosmopolita assente nos fluxos e nas mobilidades.

Segundo Guerra (2008) este discurso sobre o aumento das mobilidades, identidades cosmopolitas e a casa parece entrar em contradição com o reconhecimento de que a vida quotidiana é local e que a fixação ao lugar, particularmente através da posse da casa, se encontra relacionado com um aumento do investimento material afetivo e simbólico sobre o alojamento, como se constata na maioria das pesquisas europeias.

De entre os impactos mais significativos da globalização nas dinâmicas habitacionais, salienta-se: o aumento da insegurança no setor da construção e a crescente fragmentação socioespacial dos territórios urbanos, face às pressões inflacionistas sobre o mercado imobiliário; incremento das mobilidades de capital e de trabalho, bem como a entrada de capital estrangeiro nas empresas de construção; a sobreocupação dos alojamentos face à entrada de mão-de-obra migrante nas grandes cidades; terciarização das áreas centrais das cidades pressionando a função habitacional para a periferia; instabilidade das famílias quanto aos rendimentos, grandes transformações culturais e reforço dos processos de individualização.

Vários estudos defendem que as políticas habitacionais devem ser englobadas numa visão estratégica sobre as políticas da cidade, fazendo parte destas tal como as políticas de renovação e requalificação urbana.

2. AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE HABITAÇÃO EM PORTUGAL E A CONSTRUÇÃO DO ESTADO SOCIAL

A importância que a temática do espaço-cidade tem vindo a assumir está associada a uma recomposição da questão social, em que a referência urbana traduz uma nova interpretação dos problemas sociais.

A definição de problema social depende das condições e das características particulares de cada formação social, bem como da época histórica a que se refere, e traduz uma avaliação moral e ideológica por parte de determinados grupos, do fenómeno em causa, fazendo-o equivaler, de forma explícita ou implícita, a um “disfuncionamento” do sistema. Neste sentido, o tema da habitação enquanto problema levanta inúmeras questões não somente de ordem social, mas também económica, cultural e política, pois segundo Branco (1994) a habitação constitui em si mesma um fenómeno social pelos problemas sociais que levanta e pelas circunstâncias históricas em que se desenvolve.

Em Portugal o direito à habitação embora constitucionalmente consagrado continua, como noutros países europeus, enquanto domínio da política social a ser aquele em que os princípios da universalidade e responsabilidade estatal têm uma tradução mais virtual do que real (Serra, 2002, p. 78), sendo uma mera “meta moral”, parafraseando Helena Roseta.

O fraco significado das políticas de habitação, no conjunto das políticas públicas de bem-estar, pode assentar em diferentes causas: i) o alargamento recente das respostas sociais do Estado; ii) a natureza da habitação considerada como necessidade secundária; iii) a complexidade da habitação exigindo, para cada carência de alojamento, a adoção de estratégias e políticas diversificadas por parte do Estado, com implicações de custo na organização burocrática daí decorrente (desigualdade em termos de acesso, subpadronização dos alojamentos, inacessibilidade de grupos da população, segregação socio-espacial, etc).

Para Serra (2002, p. 79), há ainda fortes razões de natureza sócio-política que contribuem para a débil presença da política de habitação no sistema das políticas sociais: a questão fundiária; os destinatários dos alojamentos; o impacto reduzido

no sistema do funcionalismo público, em particular, e no mercado de emprego, em geral.

Quanto à questão fundiária, a habitação é o domínio da intervenção estatal que mais implicação pode ter no princípio da propriedade privada, o que significa grandes constrangimentos de atuação. A política habitacional desde o início, focalizada para as situações de maior carência de grupos minoritários específicos tem como principais beneficiários as classes mais pobres, de menores rendimentos, as quais possuem fraca capacidade reivindicativa de direitos sobre as instâncias responsáveis pela alteração, implementação e consolidação da política de habitação no conjunto das políticas públicas de bem-estar do Estado Providência.

Finalmente, a política de habitação absorve níveis de emprego público muito abaixo dos existentes noutros setores como a saúde e a educação, onde o desmantelamento das respetivas políticas e a erosão do princípio da universalidade são mais difíceis, pelos impactos que essas medidas produzem no sistema da função pública e do mercado do emprego, a nível geral.

O estudo das dinâmicas da habitação em Portugal tem implícito o questionamento da relação que se estabelece entre as trajetórias das políticas de habitação, e a construção do Estado-providência. O Estado, enquanto agente de produção do espaço e de regulação social, no que diz respeito às políticas públicas de bem-estar, é um elemento indispensável para o entendimento dos processos de estruturação das socio-espacialidades e sobre o entendimento do poder. A reflexão teórica, desenvolvida em torno da produção do espaço realça que a questão do bem-estar conduziu à análise das condições de vida, motivações e implicações espaciais das políticas sociais do Estado, nomeadamente da aferição da justiça social territorial (Serra, 2002).

No período pós revolução de 1974, em que se operou a instauração de um sistema democrático assistimos por um lado, à estruturação do próprio Estado-providência que estabelecia os alicerces centrais da proteção social como a segurança social, a saúde e a educação tendo a habitação um papel residual nos financiamentos, de entre outras políticas sociais; por outro lado, urgia a reanimação da economia estagnada. Assiste-se a uma melhoria das condições de vida das populações, que face à estabilidade monetária, permite efectuar poupanças e aceder às políticas de crédito à habitação, secundarizando-se as políticas do regime de arrendamento.

A fraca promoção de habitação privada associada à insuficiente oferta pública de habitação, nomeadamente habitação acessível, equipamentos sociais e infra-estruturas urbanas, conduziu a que as próprias populações procurassem responder aos seus problemas habitacionais, através da auto-construção, constituindo-se um amplo mercado ilegal de produção de alojamentos, bem como a sua sobrelotação (Guerra,

2011). No final dos anos 80, do século XX, as construções clandestinas em alvenaria e barracas, nas duas Áreas Metropolitanas do país (Lisboa e Porto, adiante AML e AMP), atingiam cerca de 50 mil com mais de 150 mil residentes. Extensas zonas de habitação degradada formaram zonas desqualificadas, social e urbanisticamente, pelo que a habitação se transformou no elo mais forte da exclusão socioterritorial.²

Paralelamente à expansão da construção clandestina verifica-se a vitalidade do sector formal da construção imobiliária que acompanha o ritmo de desenvolvimento do país, particularmente, após a entrada de Portugal na comunidade europeia em 1986 e se torna num dos sectores mais influentes da economia nacional.

Para Guerra (2008, p. 10), a dinâmica construtiva até ao final do século XX caracteriza-se por três aspectos principais: um nível construtivo elevado face aos restantes países europeus; o predomínio da construção nova secundarizando a reabilitação e o predomínio da oferta de alojamento em propriedade, que se reflectiu na duplicação do número de alojamentos nas três últimas décadas do século referido. Contrariamente, verifica-se um reduzido mercado de arrendamento, quer pela falta de procura face à atração do crédito à aquisição de habitação, quer pela escassez de oferta resultante de uma legislação de arrendamento e de um sistema judicial que não promoveram o arrendamento pelo risco que incorria para os senhorios.

Na sociedade actual o debate descentra-se do direito à habitação e focaliza-se no equilíbrio entre oferta e procura das dinâmicas habitacionais.

No século XXI as consequências da crise imobiliária, agravada a partir de 2008, fizeram-se sentir e diminuiu a produção na construção, tal como o emprego e as remunerações, acentuando-se a fragilidade da intervenção pública em todos os domínios, nomeadamente a nível da habitação como referem vários autores (Serra, 2002; Guerra, 2011).

3. NOVAS FUNÇÕES PÚBLICAS NAS POLÍTICAS HABITACIONAIS

A União Europeia não definiu uma política de habitação comum, considerando-a responsabilidade de cada Estado membro, contudo acionou alguns programas

² É só com a adesão de Portugal à Comunidade Europeia (1986), que surgem medidas operacionais de combate às carências habitacionais do país: é o caso do Programa de Intervenção a Médio Prazo em 1987, (adiante PIMP), e do Programa Especial de Realojamento em 1993 (adiante PER), o grande impulsor da erradicação de barracas das AML e AMP, tendo sido construídos cerca de 17 000 fogos.

específicos de intervenção urbana perante a marginalização crescente das populações e das zonas degradadas.

O Estado assume novas funções públicas no âmbito das políticas habitacionais, através da política da cidade, passando de provisor para regulador de mercados e fornecedor direto da supressão de necessidades.

Guerra (2008, p. 58) considera que o principal contributo, decorrente das novas funções públicas, reside na capacidade de regulação de uma sociedade complexa, através de princípios de equidade, sustentabilidade e justiça social. Assente em princípios balizadores definem-se estratégias claras, nomeadamente quanto aos públicos-alvo, hierarquia da distribuição de recursos, competências entre os vários organismos da administração (local, regional, central) e entre a esfera pública e privada.

As novas funções públicas assentam em parcerias não só com os municípios, como também com entidades privadas. As políticas de habitação orientam-se para o mercado privado, através da negociação de contrapartidas, de modo a facultar o acesso ao mercado de um leque mais alargado de destinatários e ampliar as modalidades de intervenção. Englobam-se grupos de menor solvência, grupos específicos –famílias com rendimentos mais baixos, com deficiência, em situações temporárias, como é o caso das vítimas de violência doméstica, etc.–, políticas de oferta para a reabilitação de fogos em stock habitacional. Redimensionam-se as intervenções que visam o desenvolvimento social e urbano em bairros com exclusão e segregação social; para além do alargamento de programas dirigidos “ao apoio à pessoa”, como é o caso, por exemplo, dos subsídios de acesso ao alojamento para arrendamento.

As intervenções são desenvolvidas numa lógica de desenvolvimento social nos bairros com significativos índices de exclusão, e segundo Guerra (2008, p. 57), assiste-se ao “desenvolvimento de um planeamento urbano mais articulado com as transformações sociodemográficas e com as condições de habitabilidade, e dessa forma com as políticas sociais e da cidade”.

Segundo Hamzaoui (2005), no passado, a intervenção social global e local baseava-se numa política assente na filosofia redistributiva e desterritorializada. Atualmente, a tendência é para uma política ativa através da territorialização, da implicação e da responsabilização dos beneficiários.

Em Portugal são os municípios, essencialmente, quem tem competências na promoção do desenvolvimento urbano e na implementação de políticas, a nível local. No âmbito da literatura tem vindo a salientar-se as transformações ao nível do planeamento e dos mecanismos de governação dos territórios, pressupondo

uma maior cooperação entre atores e políticas de base territorial e sectorial (Ferrão, 2011; Seixas, 2013).

Nesta linha de concetualização, o município de Lisboa, concluída a erradicação de barracas, no seu “Programa de Governo da Cidade de Lisboa –2013/2017–, *Lisboa uma Cidade para as Pessoas*”, define cinco grandes eixos: Lisboa mais próxima, Lisboa Empreendedora, Lisboa inclusiva, Lisboa sustentável, Lisboa global.

No eixo Lisboa Inclusiva contemplam-se novas estratégias municipais para a concretização do direito à habitação, à educação, dos direitos sociais, do direito à saúde, ao desporto e ao bem-estar. A habitação, para além de direito, é entendida como um motor de retoma económica, de coesão e de inovação social.

3.1. ESTRATÉGIAS DE GESTÃO E INTERVENÇÃO TERRITORIAL MUNICIPAL

Após terem cessado os programas de promoção de habitação pública em Lisboa³, com os realojamentos efectuados no final do século XX através dos programas PIMP e PER, a Câmara Municipal de Lisboa, no mandato de 2009-2013, preparou a reorientação da política municipal de habitação na cidade⁴ (Roseta, 2009a; 2009b; 2009c). Na base dessa alteração está o Programa Local de Habitação⁵ (adiante designado PLH), sendo o de Lisboa, o primeiro a ser criado em Portugal, em 2009.

Re(Habitar) Lisboa constitui-se como a missão do PLH, contemplando três objectivos estratégicos e oito específicos:

1- Melhorar a Cidade.

A - Melhorar a qualidade do parque habitacional (público e privado).

B - Melhorar a qualidade da vida urbana e a coesão territorial.

C - Promover a coesão social.

³ Lisboa concretizou desde há mais de 100 anos, grandes projectos de políticas públicas de habitação. Com uma população residente de 520 000 pessoas e 346 000 alojamentos, 27 000 correspondem a habitação social municipal (73 bairros), onde residem cerca de 60 000 pessoas.

⁴ Após o mandato de transição, o atual (2014-2017), definiu novas metas e actualizou ou os objectivos do PLH, adequando-os a novas respostas face às carências habitacionais da cidade.

⁵ Os PLH corresponderam a uma das medidas de intervenção do Plano Estratégico (Nacional) da Habitação (PEH) para o período 2008-2015, do Instituto da Habitação e da Reabilitação Urbana (organismo central com a jurisdição no território nacional nas áreas da habitação e reabilitação urbana). Caracterizam-se por terem um carácter estratégico sectorial, de âmbito local, e definirem medidas de intervenção para a dinamização dos tecidos urbanos (Oliveira, 2013). A ENH, para 2015-2031, define a sua missão assente em três pilares: a reabilitação urbana, o arrendamento habitacional e a qualificação dos alojamentos.

2- Atrair Nova População.

D - Adequar a oferta à procura de habitação.

E - Poupar recursos.

3- Passar da Crise à Oportunidade.

F - Dar prioridade à Reabilitação.

G - Garantir os solos necessários para Re-Habitar Lisboa.

H - Promover a Administração Aberta.

(Re)Habitar Lisboa é necessário melhorar a cidade, atrair nova população e passar da crise à oportunidade. É possível melhorar a cidade através de promoção da qualidade do parque habitacional, da qualidade da vida urbana, da coesão territorial e social. Para atrair população será necessário equilibrar a oferta e a procura de habitação e operacionalizar o conceito de sustentabilidade, através da poupança de recursos. Passar da crise à oportunidade só será possível dando prioridade à reabilitação, garantindo os solos necessários para Reabitar Lisboa e promovendo uma Administração Aberta (Roseta et al., 2009d).

O PLH aprovado pelo município em 2010 é um documento estratégico para um período temporal de dez anos, e corporiza uma “nova geração de políticas municipais. A política municipal de habitação “deixou de ser exclusivamente centrada no património habitacional municipal para se expandir a toda a cidade, em especial às zonas e bairros mais vulneráveis, os chamados BIP-ZIP (bairros e zonas de intervenção prioritária), abrangendo todos os agentes e procurando dar resposta às novas necessidades e prioridades, através de um conjunto alargado de novos programas e novas regras”.⁶

3.2. PROGRAMAS DA POLÍTICA MUNICIPAL DE HABITAÇÃO EM LISBOA

A gestão do património municipal na cidade de Lisboa é efectuada pela Câmara Municipal de Lisboa e pela Gebalis (empresa pública municipal): à primeira, proprietária dos fogos municipais compete efectuar a definição das políticas de habitação e concretizar a atribuição de fogos vagos (em património disperso), através de vários programas de habitação; a segunda, efectua a gestão do arrenda-

⁶ In Mudar a política de habitação em Lisboa, Regras do jogo, caminho feito, novos desafios, Helena Roseta, Pelouro da Habitação da CML, Abril 2013, p. 12.

mento social em bairros municipais, nos fogos ocupados, bem como a sua gestão patrimonial e financeira.

Dos objectivos definidos pelo PLH salientaremos o objectivo estratégico -Atrair Nova População– e o específico “D”- Adequar a oferta à procura de habitação, pretendendo-se à redução do desequilíbrio entre a oferta e a procura de habitação a nível da quantidade, qualidade e preço acessível; e incentivar a disponibilização de fogos devolutos no mercado priorizando a dinamização do arrendamento. Para a sua concretização foram definidos vários programas:

- o Carta dos Bairros de Intervenção Prioritária (BIP-ZIP)⁷

Integra 67 BIP-ZIP onde se concentraram as situações mais vulneráveis. A Carta representa um compromisso do Município em desenvolver programas e medidas nos BIP-ZIP, no prazo de dez anos, através da participação comunitária, da auto-organização e da iniciativa local transformando esses bairros em zonas vitalizadas e menos vulneráveis. Encontra-se incluída no Plano Diretor Municipal de Lisboa (PDM), como um instrumento de política municipal para o “desenvolvimento da coesão socio-territorial (...) através de intervenções integradas em termos sociais, urbanísticos e económicos de âmbito local”.⁸

- o Programa BIP-ZIP Lisboa – Parcerias Locais⁹

Para os territórios integrados na Carta, desenvolveram-se dois níveis de intervenção: o Programa BIP-ZIP - Parcerias Locais e os Gabinetes de Apoio aos Bairros de Intervenção Prioritária (GABIP).

O Programa BIP-ZIP abrange 8% da área de Lisboa, ¼ da sua população, e tem ciclos anuais de candidaturas. Inclui projetos integrados de base sócio territorial financiados pelo Município, apenas durante três anos, exercendo a coordenação estratégica das parcerias e monitorização durante esse período. O modelo de proximidade local assenta no *empowerment* de *stakeholders* e na sua responsabilização pela execução dos projectos com e para as pessoas que vivem nos territórios, como garante da sustentabilidade e durabilidade das intervenções. Quanto à intervenção no âmbito dos GABIP será abordado no ponto 3.3, relativo aos novos modelos de organização interdisciplinar e interserviços.

⁷ Veja-se <http://habitacao.cm-lisboa.pt/?no=271000,050>.

⁸ In Relatório de Metodologia - Atualização da Carta - Departamento de Desenvolvimento Local (DDL) da Câmara Municipal de Lisboa, 2016.

⁹ Veja-se <http://habitacao.cm-lisboa.pt/index.htm?no=2730001>.

o Novo quadro regulamentar da habitação municipal

Inclui a revisão dos Regulamentos do Regime de acesso à habitação municipal¹⁰ (adiante designado RAHM) e da Alienação de imóveis municipais, bem como a criação de novos regulamentos (Regulamento das operações de realojamento, da gestão do parque habitacional, venda de fracções municipais habitacionais devolutas a jovens, Regulamento das desocupações de habitações municipais) numa ótica de transparência e objectividade da acção pública.

De entre os vários programas destacaremos três, no âmbito do arrendamento habitacional, pela abrangência diferenciada dos seus destinatários e aposta na dinamização do mercado social de arrendamento, contribuindo para a sua fixação na cidade de Lisboa: o RAHM, o Programa de Renda Convencionada (adiante PRC) incluído no Programa Estratégico de Valorização do Património Municipal e o Subsídio Municipal ao Arrendamento (SMA)¹¹.

- O RAHM é um programa de acesso à habitação municipal, através de concurso por inscrição, sem período de candidatura (as inscrições estão sempre abertas) e sem bolsa pré-definida de fogos. As candidaturas são pontuadas e classificadas por ordem decrescente, de acordo com a situação de carência económica e habitacional dos requerentes e integradas em Lista própria incluindo todos os classificados. A lista de espera atual para a atribuição de uma habitação municipal contém 3 400 candidatos.

O perfil do candidato¹² caracteriza-se residir na cidade de Lisboa, ter nacionalidade portuguesa (68%), do sexo feminino, integrada nos grupos etários dos 28 aos 32 anos (14%), 24% com o 3º ciclo do ensino básico (9 níveis de escolaridade), solteira (54%) inserida em família monoparental com filhos solteiros (com 2 elementos no agregado familiar) – 36%. Exerce actividade profissional (41%), reside em cada arrendada (39%), com um rendimento mensal corrigido “per capita” de 180 €.

- O RAHM Bolsas Territoriais, surge em 2014, e trata-se de uma modalidade de acesso a uma habitação municipal, através de concurso por classificação, disponibilizando-se previamente um conjunto de alojamentos localizados numa

¹⁰ O Regulamento do Regime de Acesso à Habitação Municipal (RRAHM) encontra-se implementado desde 2009, e encontra-se, actualmente, em fase de revisão perante o (novo) quadro legislativo em vigor. (Lei n.º 81/2014, de 19 de Dezembro, com as alterações dadas pela Lei n.º 32/2016, de 24 de Agosto).

¹¹ Veja-se em www.cm-lisboa.pt informação sobre o RAHM, PRC e SMA.

¹² Dados de 2016 constantes no Relatório de Monitorização do RAHM do Pelouro da Habitação e Desenvolvimento Local, relativos ao universo de 4 448 candidaturas classificadas.

mesma zona ou bairro, num período temporalmente fixado. Visa-se aumentar a oferta de habitações para os que obtiverem melhor classificação, em função dos critérios estabelecidos pela entidade gestora.

- O PRC permite o acesso a uma habitação municipal, através de concurso por sorteio, com várias edições ao longo de cada ano, com oferta de uma bolsa de fogos identificados, num período fixado, aos candidatos que reúnam os critérios de acesso e sejam sorteados informaticamente.

Trata-se de um programa dirigido a quem pretende viver em Lisboa, mas não possui capacidade económica para aceder aos valores praticados no mercado privado de arrendamento. São disponibilizados fogos com rendas em média, 30% abaixo do mercado.

O perfil do candidato caracteriza-se por residir em Lisboa, ser jovem (até aos 30 anos), isolado, exercer actividade profissional, ter um rendimento de cerca de 1200 € (mediana) e escolher um fogo de tipologia 2.

- O SMA foi criado em 2013, no âmbito do Plano de Emergência Social Municipal, como resposta ao agravamento da crise e destinado a apoio financeiro temporário ao arrendamento de pessoas e famílias em situação de dificuldades económicas (com insolvências perante os valores do mercado de arrendamento ou com a situação de devolução de casa ao banco).

Os candidatos, de entre outros critérios para obtenção do financiamento, têm de ter efectuado candidatura ao RAHM, deter em seu nome um contrato de arrendamento duma habitação, no concelho de Lisboa, e os seus rendimentos brutos serem compatíveis com uma taxa de esforço para pagamento da renda depois de subsidiada, no mínimo de 20% e no máximo de 40%. O SMA tem as suas candidaturas permanentemente abertas, corresponde a 1/3 da renda mensal e é atribuído por 12 meses, renovável por igual período com avaliação semestral.

O perfil do candidato caracteriza-se por residir em casa arrendada ou de familiares, ser adulto (entre 36 e 46 anos), família monoparental, exercer actividade profissional, ter um rendimento de cerca de 750 € (mediana) e possuir uma escolaridade média.

3.3. NOVOS MODELOS DE ORGANIZAÇÃO E A PARTICIPAÇÃO DOS CIDADÃOS NA POLÍTICA MUNICIPAL DE HABITAÇÃO

Como referido no ponto 3.2. para os territórios BIP-ZIP, para além da intervenção ao nível do Programa BIP-/ZIP - Parcerias Locais, foi definido outro nível de atuação, através dos Gabinetes de Apoio aos Bairros de Intervenção Prioritária

agrega um representante da Junta de freguesia do território envolvido e da associação de moradores), e a Comissão Alargada (engloba a Comissão Executiva, vereadores com competências dos pelouros implicados nos processos de requalificação urbanística, instituições locais, instituição académica, Grupo Comunitário). A Comissão Executiva reúne quinzenalmente, fazendo-se a actualização permanente dos processos em curso; e a Comissão Alargada reúne trimestralmente, para se efectuar o balanço dos processos de requalificação urbanística e/ou regularização cadastral com todos os parceiros, bem como se partilham com os decisores políticos os constrangimentos existentes para resolução dos mesmos.

Os processos participativos desenvolvidos pelo pelouro da Habitação não se materializaram somente em consultas públicas – caso, por exemplo da identificação dos bairros BIP-ZIP e da aprovação do novo quadro regulamentar –, mas assentaram também noutras modalidades - audiências com os moradores sobre assuntos do bairro, audiência de interessados prévias a qualquer decisão, a reformulação de propostas após as audições, a divulgação on-line de todas as deliberações e despachos possibilitando um escrutínio continuado dos cidadãos, etc.

Em suma, utilizando de empréstimo as palavras de Helena Roseta, estamos perante um novo ciclo da política municipal de habitação, na cidade de Lisboa, não centrada apenas na habitação municipal mas englobando uma visão de “habitat”, embora continue a focar-se na existência de carências sociourbanísticas nos BIP-ZIP para propor soluções, através de um forte envolvimento dos cidadãos e da participação da sociedade civil.

4. NOTAS CONCLUSIVAS

Os municípios, através da nova governança mais relacional valorizando a participação cidadã a nível local, devem ter um papel de crucial importância na prevenção e resolução de situações problemáticas, e segundo Pastor Seller (2010, p. 10; 2012) particularmente pela forma de coordenação que se estabelece entre os agentes políticos e sociais caracterizada pela regulação, cooperação e horizontalidade.

Para que se concretize o desenvolvimento sustentável e duradouro das populações as Políticas Locais devem priorizar o desenvolvimento humano, o que significa considerar as capacidades e recursos dos diferentes atores em presença. e entender a participação como uma forma de poder social que se exerce influenciando decisões

vinculadas com as políticas, organismos e programas sociais o que exige, em muitas situações, o desbloqueamento de acessos ao poder (Pastor, 2010, p. 13).

A intervenção do Serviço Social pode apresentar natureza assistencialista ou promotora de autonomia. Segundo Ferreira (2011) na primeira, centrada no mundo individual da pessoa procura-se corrigir disfuncionalidades utilizando-se recursos sociais e comunitários para a alteração dos factores promotores das situações problemáticas e de mal-estar social; na intervenção promotora de autonomia, com o enfoque no mundo exterior, o objectivo centra-se na redução das diferenças existentes entre a capacidade natural de resposta ou de funcionalidade social dos indivíduos na resolução das suas situações problemáticas considerando-se a sua realização pessoal e o progresso social.

Nos bairros, enquanto espaços potenciais de participação e referenciais simbólicos e identitários dos seus “utilizadores”, as pessoas podem recusar a situação de receptores passivos de projectos locais, e tornarem-se agentes propositores de políticas públicas territoriais: este pressuposto é válido para os seus habitantes e para os profissionais com intervenção no local. Contudo, não se pode escamotear que os impactes das diversas iniciativas nos territórios, exigem tempo para que esteja garantida a sua sustentabilidade implicando o continuado recurso a uma metodologia motivadora da comunidade, bem como a existência de normas e regras que sustentem a complexidade do processo participativo, nomeadamente a transparência dos resultados alcançados.

O questionamento final prende-se com a dimensão-participação, no âmbito das políticas de bem-estar social, a nível municipal: i) Que tipo de relação foi tecido entre decisores políticos, profissionais e cidadãos? ii) contribuiu para o alargamento das relações de informação, comunicação e poder entre os vários atores em coexistência? iii) a participação criou “*empowerment*” dos destinatários, por ser interventiva e comunitária ou foi política e administrativa/burocrática? As práticas profissionais dos assistentes sociais caracterizaram-se por “seguir rotinas” sem poder de decisão ou a acção social foi materializada como “processo de mudança” envolvendo a capacitação, o empoderamento e autonomia das pessoas como cidadãos?

O Serviço Social, na mediação entre os poderes dominantes e dominados em contextos organizacionais tem, globalmente, um papel regulador criado pelo próprio sistema global. As práticas dos assistentes sociais estão cada vez mais dependentes de orientações gestonárias, influenciando a autonomia da intervenção que desenvolvem (Cardoso, 2012). Ao operacionalizarem as políticas organizacionais estão a legitimar práticas de regulação e controle que contrariam as finalidades da mudança e desenvolvimento social preconizadas pelo Serviço Social.

O desafio actual da intervenção do Serviço Social deve consistir em implementar práticas profissionais inovadoras, suportadas em novas estratégias, capazes de produzir também, práticas profissionais transformadoras. A incursão territorial do Serviço Social terá de consistir em contribuir para a elaboração e execução de projectos a implementar, no âmbito das políticas de desenvolvimento social e urbano.

5. BIBLIOGRAFIA

- BECK, U. (1992), *Risk society. Towards a new modernity*. Londres: Sage Publications.
- BECK, U. (2000). *What is Globalization*. Cambridge, Polity Press.
- BRANCO (1994), Municípios e políticas sociais em Portugal. *Intervenção Social*, 12/12.
- CARDOSO, M. J. F. (2012), Acção Social nos Municípios portugueses: potencialidades e limitações. Lisboa: ISCTE-IUL. Tese de doutoramento em Serviço Social.
- GUERRA, I. (2008), *Europa e Políticas Habitacionais: mudanças em curso*. Cidades, Comunidades e Territórios, 47-61, CET - Centro de Estudos Territoriais, Lisboa.
- GUERRA, I., PORTAS, N., MATEUS, A., PEREIRA, S., FERNANDES, M., BOTELHO, P., MARQUES, P., PRIMITIVO, S., CAETANO, A., CABRAL, C., PEREIRA, M., MARQUES, T., MATOS, F., FERREIRA, E., BAPTISTA e SILVA, F., Gorito, P. (2008). *Contributos para o Plano Estratégico de Habitação: 2008/2013, Relatório2, Políticas de Habitação*.
- GUERRA, I. (2011), *As políticas de habitação em Portugal: à procura de novos caminhos*. Cidades, Comunidades e Territórios, 41-68, CET – Centro de Estudos Territoriais, Lisboa.
- FERREIRA, J. (2011). Contributos para o debate da Epistemologia em Serviço Social”, *Trabajo Social Global*, 2(3). 67-78.
- FERRÃO, J. (2011). *O ordenamento do território como política pública*. Lisboa: Fundação Calouste Gulenjian.
- HAMZAOU, M. (2005), *El Trabajo social territorializado: Las transformaciones de la acción pública en la intervención social*, Valencia, PUV, Nau Llibres.
- MALPASS, P. (2008), Housing and the New Welfare State: Wobbly Pillar or Cornerstone? *Housing Studies*, 1-19, Routledge.
- MACLENNAN, D. (2008), Trunks, Tails, and Elephants: Modernising Housing Policies. *European Journal of Housing Policy*, 423-440, Routledge.
- MURIE, A., ROWLANDS, R. (2008). *The New Politics of Urban Housing*. Environment and Planning C: Government and Policy, 644-659, Pion Ltd.
- OLIVEIRA, Catarina João Thomaz Moura Rios de (2013), *Programas Locais de Habitação como instrumento de mudança. Contributos metodológicos*, Dissertação de Mestrado em Engenharia Civil- especialidade em Planeamento, Lisboa, Faculdade de Engenharia, Universidade do Porto.

- PASTOR, E. (2010). Trabajo Social Comunitario, participación y calidad democrática local: dimensiones de análisis e intervención para intensificar la participación. *Servicios Sociales y Política Social*, 91, 9-26.
- PASTOR, E. (2012). Sostenibilidad, impacto y eficacia de las Políticas Sociales municipales mediante la democratización e implicación social. *Sociedade e Estado*, 27 (3), 7- 27.
- RAY FOREST e JAMES LEE (2003), *Housing and Social Change East-West perspectives*. Edity by Routledge, London.
- ROSETA, H. (2013). *Mudar a Política de Habitação em Lisboa: Regras do Jogo, Caminho Feito, Novos Desafios*. Pelouro da Habitação da CML, Abril/2013.
- (2009a) *Relatório da Primeira Fase Programa Local de Habitação 1ª Fase: “Conhecer”*. Departamento de Planeamento Estratégico, Câmara Municipal de Lisboa. Lisboa: Câmara Municipal de Lisboa - Programa Local de Habitação, 2009. Vols. I, II e III. (coord. Vereadora Helena Roseta e Dra. Maria Teresa Craveiro).
 - (2009b) *(Re)Habitar Lisboa: Avaliação Multicritério da Matriz Estratégica Programa Local de Habitação 2ª Fase: “Escolher”*. Lisboa: Câmara Municipal de Lisboa - Programa Local de Habitação, 2009 b). (coord. Veradora Helena Roseta e Dra. Maria Teresa Craveiro).
 - (2009c) *(Re)Habitar Lisboa: Proposta Estratégica Programa Local de Habitação 2ª Fase: “Escolher”*. Lisboa : Câmara Municipal de Lisboa - Programa Local de Habitação, 2009 c). (coord. Vereadora Helena Roseta e Dra. Maria Teresa Craveiro).
 - (2009d). *(Re)Habitar Lisboa: Relatório da Consulta Pública Programa Local de Habitação 2ª Fase: “Escolher”*. Câmara Municipal de Lisboa - Programa Local de Habitação: Lisboa, 2009 d). (coord. Vereadora Helena Roseta e Dra. Teresa Craveiro).
 - (2009f) *Proposta 1115/2009 - Objectivos Estratégicos do Programa Local de Habitação*. Lisboa : Câmara Municipal de Lisboa, 2009 f). Deliberações da Câmara Municipal.
- SERRA, N. (2002). *Estado, Território e Estratégias de Habitação*. Coimbra: Quarteto Editora.
- YOUNG, J. (2009). *The Exclusive Society*. London: Sage.

POLÍTICAS PÚBLICAS Y SOCIALES EN EL ESTADO DE ISRAEL. UNA APROXIMACIÓN A LAS PRINCIPALES TRANSFERENCIAS MONETARIAS

Alfredo Hidalgo Lavié

Coordinador del Posgrado sobre Israel, Cultura Judía, Política y Sociedad y secretario académico del M.U. en Trabajo Social, Estado del Bienestar y Metodologías de la Intervención Social. Departamento de Trabajo Social. Facultad de Derecho de la UNED. ahidalgo@der.uned.es

Javier Simonovich

Vicedecano de Estudiantes. The Max Stern Academic College of Emek Yezreel. javier@yvc.ac.il

Sumario: Consideraciones generales sobre la configuración del modelo israelí de bienestar social. Determinantes histórico-políticos del Estado de Bienestar israelí. La política de seguridad nacional, talón de Aquiles de la inversión pública en materia de bienestar. Principales transferencias monetarias. Política de Familia e Infancia. Política de Pensiones de la Tercera Edad. Protección social por desempleo. Conclusiones.

Resumen: Israel, a pesar de su ubicación geográfica en Oriente, ha sido desde su creación un país de tipo occidental y, más concretamente, de modo anglosajón. Toda la arquitectura de sus instituciones públicas y de sus sistemas de bienestar social precede a la propia creación del Estado y a su declaración de independencia en 1948. Más aún, la acción social (en su multiplicidad de formas históricas) forma parte del acervo cultural del pueblo judío y del resultado del terrible devenir de la historia de este pueblo. Pero es a partir del siglo XX y bajo dominio británico del territorio conocido como Palestina, cuando el conjunto de iniciativas de acción e intervención social trasciende la cerrada comunidad judía y se abre a todo el espectro de la diversidad social que llega hasta hoy en día como uno de sus elementos más distintivos. En parte por el genuino pluralismo de sus gentes, pero también porque en su seno cohabitan grupos sociales heterogéneos que conforman este poliedro multicolor de la sociedad israelí. Los rasgos, por tanto, que definen en el presente el modelo de toda la arquitectura creada en materia de políticas sociales es el resultado de múltiples factores, pero igualmente de los retos y desafíos a los que se enfrenta un Estado de Bienestar que sobrevive subyugado a los condicionamientos políticos de la seguridad nacional y del contexto internacional.

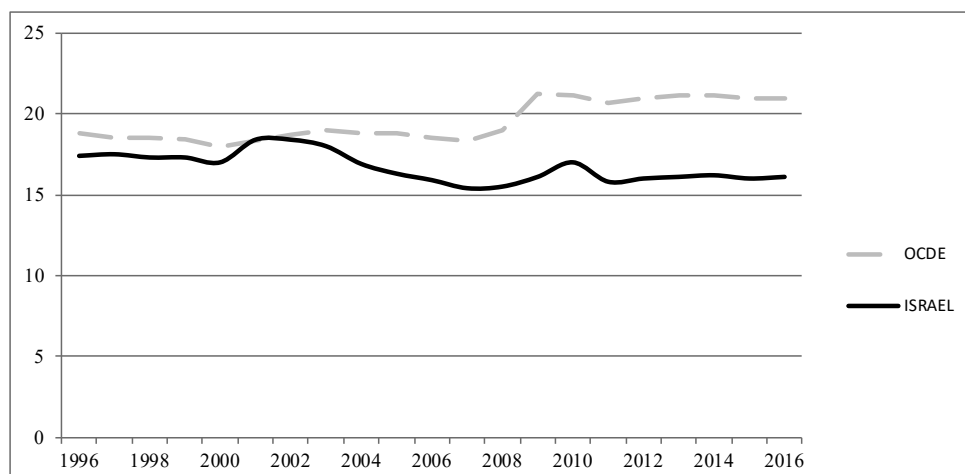
Conceptos Centrales: Israel, Estado del Bienestar, Políticas sociales, Políticas públicas.

1. CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE LA CONFIGURACIÓN DEL MODELO ISRAELÍ DE BIENESTAR SOCIAL

Durante casi 70 años de existencia, el Estado de Israel ha venido desarrollando todo un conjunto de iniciativas políticas en aras de configurar sobre su territorio un modelo de Estado de Bienestar para todos sus ciudadanos a semejanza de los modelos de bienestar social de occidente. Poco tiempo después de la Declaración de Independencia se estableció el Seguro Nacional, sistema central sobre el que pivota el conjunto de políticas públicas de prestaciones monetarias a modo de reproducción de los sistemas de seguridad social característicos de Europa. Por medio de la recaudación vía cotizaciones laborales, se implementó todo un paquete de transferencias dinerarias que cubre un amplio espectro de contingencias desde las que atender a las privaciones económicas y sociales por causa de enfermedad, desempleo, invalidez, accidente de trabajo, maternidad, vejez y defunción. Este sistema fue desarrollado de primera planta pero su implementación fue paulatina. De este modo, la Kneset (el parlamento unicameral israelí) promulgó en 1953 la Ley del Seguro Nacional y progresivamente fue ampliando su espacio de cobertura por colectivos o grupos sociales y/o áreas de actuación. Así, dos años más tarde, fueron aprobadas las prestaciones de supervivencia, en 1957 el programa de pensiones para la tercera edad, los seguros de invalidez y discapacidad en 1970 y diez años después todo un paquete de prestaciones para la protección de los cuidados de larga duración. Toda esta construcción supuso, obviamente, un enorme esfuerzo económico y situó a Israel hasta finales de los 70 e inicios de los 80 entre los siete países del mundo con mayor porcentaje de gasto per cápita en materia de políticas públicas. Esta Ley, asimismo, impulsó decisivamente toda una serie de programas y proyectos de inserción social dirigidos a los sectores de la población más vulnerables (Wais, 2000).

Sin embargo, toda esta inversión pública, y en Israel también de carácter privado, inició una tendencia decreciente a partir de entonces. Ciertamente, el modelo 'clásico' de Estado de Bienestar, caracterizado por un fuerte intervencionismo público, tras la crisis energética de los 70, el desfundamiento del comunismo después, las crisis cíclicas de la economía de mercado, los cambios sociales y del propio sistema de producción, entre otros, ha dejado de existir y todos los sistemas de bienestar en occidente han experimentado, con mayor o menor intensidad, cambios sustanciales en sus originales configuraciones. Uno de los indicadores más recurrentes que ilustran este retroceso del intervencionismo público en la sociedad y en la economía es el descenso de la propia inversión pública.

Gráfico 1. Gasto social Israel versus OCDE %.



Fuente: Banco Mundial y elaboración propia.

En Israel, una serie de factores han influido en la política de bienestar social desde principios de este siglo XXI. Entre los factores principales, puede citarse los cambios demográficos y político-ideológicos en cuanto a la concepción inicial del modelo de Estado de Bienestar configurado, vigente durante 50 años, e impulsados por la preeminencia electoral de partidos de centro y centro-derecha que han venido defendiendo un modelo más liberal de sus políticas económicas y sociales. Asimismo, la elevada esperanza de vida y el elevado envejecimiento de la población, junto con la importante oleada de inmigrantes¹ mayores procedentes de Rusia en la década de los 80 tras el desfundamiento de la extinta Unión Soviética ha generado un problema grave de viabilidad financiera para afrontar los nuevos desafíos de sostenibilidad del sistema de seguridad social y del conjunto de pensiones y prestaciones económicas.

¹ Israel es conocido ciertamente como un país construido desde y con la inmigración. A lo largo de su corta historia, y por razones históricas conocidas, se ha venido sucediendo toda una oleada de inmigración, conocidas en hebreo como *aliyot*. Desde 1881 a 1903 y desde 1904 a 1914, por ejemplo, las denominadas primera y segunda *aliyot*, tuvieron como causa principal los pogromos y las persecuciones de los judíos en la Europa del Este. La revolución rusa produjo la tercera *aliyá* entre 1919 y 1923. Y, con posterioridad, el ascenso del nazismo a partir de 1933, el desenlace final de la II Guerra Mundial y la expulsión de comunidades judías enteras de la mayoría de los países árabes tras la Guerra de la Independencia. Pero entre las causas de estas oleadas también se encuentran las de naturaleza económica, emocional o religiosa. Concretamente, en la década de los 90 llegaron al país más de 120.000 personas mayores de 65 años con limitaciones físicas y dependencia severa.

Puede afirmarse que la política de bienestar ha venido abandonando las bases socialdemócratas de sus orígenes y, simultáneamente, ha asumido con fricción las características liberales del modelo americano. Una transformación del Estado del Bienestar y de las políticas públicas y sociales que no es exclusiva del modelo israelí. Como ejemplo de estos cambios, se suele citar la decisión del gobierno conservador en 2003 de disolver el Ministerio de Trabajo y de Bienestar y de acelerar todo un proceso más intensivo de privatización de los servicios sociales hasta entonces de naturaleza pública (Doron, 2007). Este fenómeno, como es señalado, ha venido siendo común en todas las economías desarrolladas, aunque en diferentes niveles de intensidad. Las transformaciones, reformas o reestructuraciones de los modelos de Estado de Bienestar impulsadas por los cambios ideológicos-políticos de la nueva era liberal han producido amplios debates académicos pues afectan directamente a un estilo de vida, que tuvo su esplendor en la década de los sesenta, pero que entró en crisis diez años después (Esping-Andersen, 1996; Pierson, 2001; Gilbert, 2002).

Estos cambios tan acusados en los modelos de protección social, productos de un nuevo modelo económico, pero también de una mutación de valores de la sociedad, se manifiesta de igual modo entre la ciudadanía. En un estudio realizado en 2008, la opinión pública israelí continuó mostrando su apoyo por la responsabilidad del Estado en proveer servicios sociales e iniciativas políticas que hagan frente a las nuevas necesidades sociales emergentes bajo la protección de la tutela pública, pero, por otro lado, rechaza que esta reestructuración de las políticas públicas sociales sean realizadas por la vía del incremento de la política fiscal (Cohen, Mizrahi & Yuval, 2011)².

Muchos de los servicios, recursos y prestaciones de bienestar social en Israel fueron proporcionados desde los años 50 en adelante por un sistema mixto pero subvencionado y financiado por el Estado. Muchos de estos recursos estuvieron, y aún lo están aunque en menor medida, en manos de la Organización Sindical de los Trabajadores o de los propios partidos políticos. Esta situación fue producto de un contexto político muy determinado. Los líderes del Estado, en sus primeros años de andadura, temieron que los compromisos presupuestarios generales, a largo plazo, dieran lugar a una situación económica insostenible. En aquel tiempo, Israel dependía fundamentalmente de la ayuda económica procedente de las comunida-

² Recientemente, en 2016, los resultados de un nuevo estudio realizado por IDI's Guttman Center for Public Opinion and Policy Research vino a confirmar, una vez más, este estado de opinión. El 60% de los encuestados se mostraron partidarios por el modelo nórdico o escandinavo, pero casi un análogo porcentaje se mostraron en contra de elevar la presión fiscal. Los resultados completos de este estudio puede consultarse en: https://en.idi.org.il/media/4229/economicsurvey_final.pdf

des judías en el exterior, las transferencias sobre compensaciones de Alemania, los préstamos con países aliados, entre otras fuentes de ingresos. Los gastos del Estado eran, entonces, muy elevados, mucho más de lo que la propia capacidad económica nacional se podía permitir y, por tanto, incapaz de asumir en su totalidad el coste de la protección social pública. La Guerra de la Independencia y los enfrentamientos bélicos siguientes, así como la necesidad perentoria de dotarse de un sistema de seguridad nacional, con sus elevados costes, constituyen una serie de elementos a tener en consideración a la hora de evaluar la disponibilidad política real por proveer al país de unas estructuras de bienestar de corte occidental. Asimismo, las oleadas migratorias ya mencionadas, resultados del devenir de los acontecimientos históricos triplicaron la población inicial, dando lugar a un incremento sobrenormal de nuevas demandas sociales. Por último, la creación de infraestructuras básicas, en un territorio que carecía de ellas, el fomento de un tejido industrial autóctono y la edificación de nuevas vías de comunicación y una política de vivienda intensiva que pudiera acoger a toda esta corriente migratoria delimitaron notablemente la capacidad financiera para una inversión mayor en asuntos sociales.

2. DETERMINANTES HISTÓRICO-POLÍTICOS DEL ESTADO DE BIENESTAR ISRAELÍ

Las bases del Estado de Bienestar en Israel fueron establecidas antes de la creación del Estado en 1948 (Simonovich, 2012). Sus principales características tomaron formas en las políticas trazadas por los líderes del movimiento sionista antes de la creación del propio Estado basadas en ideologías socialistas.

Durante los años previos, las instituciones políticas crearon un <<pre-estado de bienestar>>, compuesto de una red de instituciones sociales y programas de absorción de inmigrantes que desembarcaron en Palestina, bajo mandato británico, por el anhelo de crear un hogar nacional judío (Rosenhek, 1998; Shalev, 1992). Los servicios públicos, en general, y los servicios sociales, en particular, fueron proporcionados principalmente por dos sistemas institucionales.

Por un lado, el Consejo Nacional que proporcionaba servicios de asistencia social³ a miembros desplazados o dentro de la comunidad judía. Y, por otro lado, los servicios proporcionados por la pujante Histadrut (Federación General de Tra-

³ La Hadassah, fundada en 1912 por la pionera del Trabajo Social en Israel, Henrietta Szold, fue la organización femenina de América. Bajo su dirección se organizó todo un sistema de visitas de enfermeras norteamericanas a Palestina, dadas las condiciones precarias de salud de la población judía y no judía (Hidalgo, A., 2014).

bajadores de la Tierra de Israel, más conocida comúnmente como Confederación de sindicatos)⁴ que ofrecía a sus miembros recursos y prestaciones de salud, vejez, educación, formación profesional y viviendas sociales (Doron & Kramer, 1991). En aquel entonces, los programas de bienestar social eran considerados un medio para vehiculizar el sueño del ideal sionista con el fin de consolidar económica y socialmente la comunidad judía en Palestina hacia la creación de un estado independiente (Rosenhek, 2002). El acceso, pues, a todo este programa de incipientes servicios se realizaba por medio de la filiación política y se convirtió en todo un instrumento de las instituciones políticas del gobierno judío para la edificación de la arquitectura de la estructura estatal. Gobierno y Histadrut compartían pues una misma línea ideológica y política con fines programáticos para la creación del estado.

Pero para poder gobernar un país, con bases democráticas, hubo necesidad de realizar cambios estructurales en aras de la universalización de los servicios prestados. Los pilares jurídicos, establecidos con la creación del nuevo Estado, dieron un primer paso en este sentido, rompiendo las barreras de la filiación política y de la militancia, sentando los principios de igualdad al acceso de los recursos sociales y la libertad de pertenencia partidista. Como consecuencia de este proceso de normalización política iniciado, la segunda medida adoptada en esta dirección fue la regularización de las relaciones entre las instituciones del gobierno y las organizaciones sindicales, principalmente en asuntos centrales, tales como la participación y distribución presupuestaria o los mecanismos de control del gasto público.

Esta situación de dependencia del gobierno respecto a las organizaciones sindicales, empero, no adoptó una forma definitiva de modo inmediato. Los factores económicos, sociales, pero principalmente los propios desafíos políticos y el mismo desarrollo de los avatares históricos de tipo bélico obstaculizaron la velocidad y la voluntad política de culminar un proceso que, a la larga, se hizo más lento de lo deseado. Estos condicionantes permitieron la preeminencia y el dominio de las organizaciones de bienestar social en manos de los partidos políticos y de sus filiales sindicales, especialmente del Partido de los Trabajadores de Israel (MAPAI)⁵. El dominio electoral de los partidos de izquierdas en el escenario político permitió

⁴ La Confederación General de Sindicatos fue creada en 1920 en la ciudad de Haifa y absorbía casi las tres cuartas partes de toda la clase trabajadora judía del dominio británico en Palestina. La Histadrut no fue sólo una organización sindical al uso, dispensadora de servicios y asistencia socio-sanitaria y educativa para los trabajadores, sino que se convirtió, en unos años, en el mayor empleador del nuevo país que estaba configurándose.

⁵ El partido laborista fue creado en 1968 con esta denominación, pero sus orígenes reales datan de 1930, fecha en la que fue creado el partido socialista (MAPAI) dirigido por David Ben Gurion.

la persistencia de este modelo durante décadas. No es exagerado afirmar que hablar de la historia política de Israel necesariamente conduce a abordar la propia historia del laborismo israelí. Por este motivo, las razones que han conducido al declive de la izquierda han generado, como es lógico, caudales de análisis tan diversos como opuestos. Por ejemplo, se sostiene que el laborismo abandonó los símbolos de los Kibbutz, de la centralidad socialista de sus políticas o del servicio militar, como elementos de la construcción primaria del Estado (Hidalgo, 2015). De igual modo, la tendencia gubernamental hacia una regulación menor en aras a los valores del mercado y, por ende, a un menor intervencionismo público en materia de bienestar social ha propiciado, entre otros factores, el abandono de un modelo de gestión pública que ha venido caracterizando la tradición sionista de izquierdas (Inbar, 2010).

Esta peculiar situación continuó prácticamente sin grandes cambios hasta 1994, año en el que fue promulgada la Ley de Salud Nacional, la cual vino a poner un punto y final en el proceso gradual de universalización de los servicios socio-sanitarios, dejando a un lado la monopolización sindical de los fondos de pensiones, las cajas de ahorro y la rotación de sus directivos y promoción personal en las entidades sociales. Todo este desarrollo, junto con la transformación social experimentada en los últimos años, la dominación electoral de los partidos de centro y centro-derecha desde las elecciones de 2003⁶ hasta el presente han causado en Israel una preocupación sectorial de los partidos políticos con el fin de capitalizar votos por medio de concesiones y ofertas electorales dirigidos a sectores de población específicos y no de cara a toda la población en general.

3. LA POLÍTICA DE SEGURIDAD NACIONAL, TALÓN DE AQUILES DE LA INVERSIÓN PÚBLICA EN MATERIA DE BIENESTAR

Un capítulo sobresaliente que ha influido determinantemente, y prevalece, en la política de bienestar a través de todos estos años de existencia del Estado de Israel es la constante tensión creada por los requerimientos y elevadas exigencias presupuestarias con el fin de dotar y garantizar una imprescindible política de seguridad nacional. Este gasto elevado ha dirigido, en cierto modo, las políticas pú-

⁶ El laborismo israelí ha vencido en 12 de 20 elecciones generales desde 1949 hasta 2015 y de sus 7 derrotas electorales, dos han sido por sólo un escaño frente al partido conservador LIKUD, en 1981 y 1988. Es a partir de los comicios de 2003 y siguientes, cuando no sólo no ha alcanzado hacerse con la victoria, sino que ha dejado de ser incluso el principal partido de la oposición.

blicas sociales, relegándolas a un papel subsidiario, menos autónomo, y claramente dependiente de la disponibilidad económica tras asistir a la exigencia primera del presupuesto anual: las partidas para la defensa y la seguridad.

Desde el momento cero de la creación del Estado y, por tanto, desde el momento lógicamente que puede hablarse de presupuestos generales propiamente dichos, estos fueron dirigidos y consagrados, primordialmente, para garantizar los enormes gastos militares generados por la constante situación de belicosidad que atenazaba las primeras décadas de existencia del nuevo Estado⁷, así como toda la situación de inestabilidad política en todo Oriente Medio. Esta necesidad vital de sobrevivir en un espacio hostil se impuso independientemente del color político de los sucesivos gobiernos. A decir verdad, comparativamente y por circunstancias históricas adversas, los presupuestos más elevados en defensa han venido de la mano de los diferentes gobiernos laboristas principalmente.

Esta situación, entre otras medidas, obligó al país a establecer el carácter obligatorio del servicio militar⁸ y a servir como reservistas en el ejército hasta la edad de los 45 años. Los gastos en defensa, para un pequeño país como Israel, tanto territorial como demográficamente hablando⁹, ha venido siendo tradicionalmente uno de los más elevados del mundo y su ejército ha sido considerado como 'el más poderoso del Próximo Oriente' (Dieckhoff, 2008:6). Hasta comienzos de los años 90, el gasto militar ha sido aproximadamente cinco veces superior a la media del gasto en el mundo y seis veces al destinado en los países de la OCDE y de la Unión Europea. En 1991, y según datos del Banco Mundial, el gasto militar de Israel representó el 17,7% del PIB, frente al 3,0% de media del mundo, 2,9% de los países de la OCDE y 2,5% de la U.E. El gasto militar más elevado (tras Kuwait) de todo el mundo árabe en general (11,5%) y de todo Oriente Medio y Norte de África (12,6%). Una consagración presupuestaria muy superior a la destinada en Omán (14,8%), Qatar (13,0%), Arabia Saudita (12,5%), Siria (10,4%) y Jordania (10,0%).

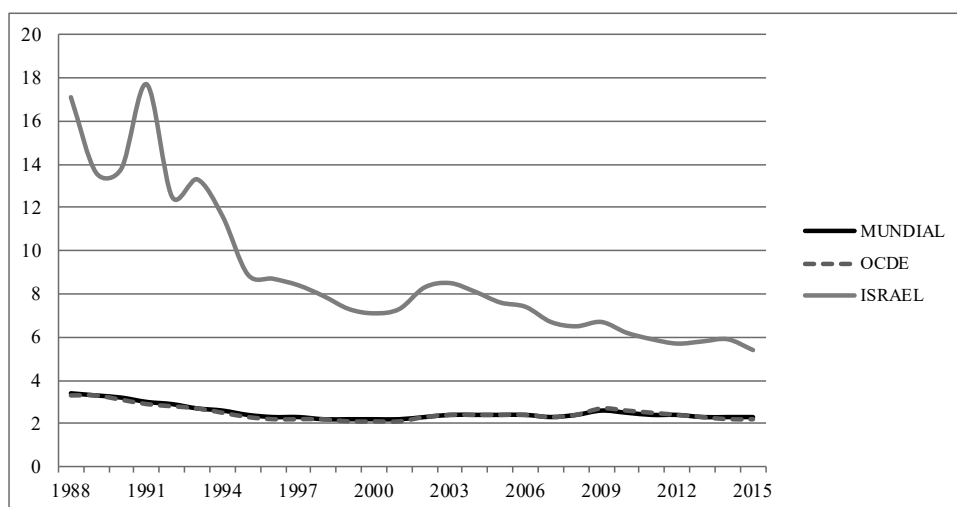
⁷ La campaña del Sinaí (segunda guerra árabe-israelí) en 1956, la Guerra de los Seis Días en 1967, la Guerra del Yom Kipur en 1973 y la primera Guerra del Líbano (1982-1985). A la que habría que añadir posteriormente la denominada 'Segunda Guerra del Líbano' en 2006, considerada como 'la quinta guerra'.

⁸ Este servicio militar obligatorio es sólo para los ciudadanos judíos y drusos, con una duración de tres años para los varones y dos para las mujeres, pero en él participan también, además de los circasianos, un número cada vez mayor de beduinos y árabes cristianos.

⁹ En términos demográficos, la población de Israel es de 8,5 millones de habitantes aproximadamente, comparable en población con la Comunidad Autónoma de Andalucía, por ejemplo, y más pequeña que la provincia de Badajoz en kilómetros cuadrados.

La década última del siglo pasado se caracterizó por un notable descenso en gastos militares a nivel mundial, en general, y en toda la región, en particular, y este descenso también tuvo su correspondencia en Israel. Desde entonces, y a pesar del repunte durante los años 2002-2004, el gasto nunca ha superado ya el 10% del PIB. A pesar de todo, el presupuesto militar en Israel ha seguido encabezando el ranking de países que más invierten en defensa nacional, casi cuatro veces más que el destinado en todo el mundo y en los países de la OCDE y por cinco al de toda la Unión Europea.

Gráfico 2. Gasto militar (% PIB) Banco Mundial.



Fuente: Banco Mundial y elaboración propia.

El siglo XXI ha venido determinando igualmente la cuestión de la seguridad, tanto exterior como interior, en Israel. Nuevos elementos desestabilizadores, como la irrupción del terrorismo internacional, la eclosión política en Irak y Siria, la amenaza permanente de Irán, son nuevos retos y desafíos para un país con fronteras difíciles, a pesar de la permanencia de los acuerdos de paz con algunos de sus países vecinos y limítrofes. Por tanto, el peso de la política de defensa sigue determinando el conjunto presupuestario, y a este respecto, y salvando las distancias y las diferencias con décadas pasadas, Israel sigue siendo, a día de hoy, uno de los países que más presupuesto destina para la seguridad. Desde el año 2010 en adelante, el presupuesto israelí en defensa continúa su descenso, una tendencia a la baja que viene caracterizando igualmente las partidas de gastos a nivel mundial.

Sin embargo, y a pesar de todo, el presupuesto en defensa en Israel sigue siendo más del doble que el de los países de la OCDE y casi el triple de los países de la Unión. Por el contrario, ha dejado de situarse en el ranking de los países de la región. En 2015, el 5,4% del PIB destinado a defensa en Israel dista mucho del 7,7% de media en gasto en Oriente Medio y Norte de África, muy lejos además de los presupuestos de países como Omán (14,2%) o Arabia Saudí (13,5%), aunque, por ejemplo, superior a Jordania (4,3%). Y, lo que es más relevante para el propio país, es que su volumen de gasto es casi tres veces inferior al del siglo pasado. La cuestión es si esta tendencia, por un lado, seguirá a este ritmo en un futuro a corto y medio plazo y, por otro lado, si este volumen, muy elevado aún, permite nuevas oportunidades presupuestarias. En cualquier caso, el proceso de transformación y de cambio que ha experimentado el sistema de defensa en general y el ejército en particular parece ya irreversible. El ejército israelí es un ejército diferente al de su fundación, por multitud de razones entre las cuales no son menores el progreso tecnológico, las lecciones históricas aprendidas y la necesidad de hacer frente a tres contextos muy importantes: la reducción presupuestaria, el descenso de efectivos y una sociedad israelí cada vez más individualista y fragmentada (Boltaina, 2016: 112-113).

La colaboración en las cuestiones en torno a la seguridad proporcionada por Estados Unidos y otros países europeos, como Alemania, sin duda benefician este panorama, pero este nivel de gasto continúa generando serias dificultades para el desarrollo económico del país, sin olvidar el elevado coste además de la deuda externa que limita seriamente la disponibilidad económica y una más justa redistribución de recursos.

4. PRINCIPALES TRANSFERENCIAS MONETARIAS

En Israel, la Administración Central del Estado garantiza un mínimo nivel de bienestar social y supervivencia por medio de varias transferencias monetarias. El sistema de la seguridad social configurado es el principal proveedor de las prestaciones dinerarias garantizado por el reconocimiento y la garantía de la protección jurídica en base a ciertos derechos sociales subjetivos. Este gasto público asciende al 40% del total del gasto (Gal, J. & Ahdut, N., 2007). Este volumen de gasto llega hasta al momento presente prácticamente sin experimentar grandes alteraciones.

En 2015 alcanzó la cifra del 39,92%, respecto a 2014 un 0,22 puntos menos, cuando el gasto fue del 40,14% del PIB¹⁰.

POLÍTICA DE FAMILIA E INFANCIA

En Israel, se conceden prestaciones económicas a más de un millón de familias, que comprende más de dos millones y medio de niños¹¹. Estas prestaciones se comenzaron a otorgar en el año 1959 a raíz de las manifestaciones de protestas en la ciudad de Haifa por parte de judíos orientales (sefardíes) ante la sensación de discriminación respecto a los judíos occidentales (ashkenazim) del partido MAPAI en el gobierno. Esta prestación era concedida por el Seguro Nacional a las familias a partir del cuarto hijo hasta los 14 años, edad que fue prolongada hasta los 18 en 1965. Desde entonces, los diferentes gobiernos iniciaron una serie de reformas que dieron lugar a importantes cambios en cuanto a las cuantías, número de hijos y condiciones de acceso, hasta 1993, año en el que se generalizó el recurso a partir del primer hijo. No obstante, nuevos cambios fueron introducidos posteriormente, iniciando un nuevo proceso que incorporaba condiciones más limitadas para el acceso y disfrute, convirtiendo estas transferencias económicas en una de las de menor importe entre los países desarrollados, aunque exenta de impuestos y ajenas al ingreso de la unidad familiar (Gal, J., 2008). Sin embargo, en los últimos años, estas prestaciones de tipo familiar en Israel han vuelto a recuperar su nivel de atención y prioridad política hasta alcanzar prácticamente los niveles de inversión de la media de los países de la OCDE (2,0% y 2,1%, respectivamente).

Esta atención y prioridad política han sido marcadamente partidistas en Israel. Los partidos políticos han sabido utilizar esta arma electoral en favor de ciertos sectores de la población con el fin de ganarse su apoyo. Lejos, por tanto, de una clara política de bienestar social a nivel nacional, ha sido un instrumento de programa para atraer a colectivos sociales concretos. Aunque los estudios realizados no han llegado a obtener resultados concluyentes sobre los efectos de estas prestaciones económicas en el incremento de la natalidad o en las fluctuaciones para la incorporación al mercado laboral (Fisher, R., 2004), sin embargo, sí se han identificados ciertos efectos en algunos grupos homogéneos, como los árabes y los judíos ultra

¹⁰ El porcentaje de gasto público en Israel es inferior, por ejemplo, al de España (43,80%), Alemania (44,00%) o Italia (50,40%), pero superior a los países de su entorno, tales como Egipto (36,96%) o Jordania (29,08%).

¹¹ Informe Anual 2014 del Seguro Nacional de Israel. https://www.btl.gov.il/Publications/freedom_of_information/DOCH2014/Pages/default.aspx

ortodoxos (Cohen, N.; Mizrahi, S. & Yuval, F., 2011), que representan, ambos, los grupos sociales con mayor número de hijos por familia.

POLÍTICA DE PENSIONES DE LA TERCERA EDAD

Las pensiones para la Tercera Edad fueron concedidas a las personas mayores de 65 años de edad, por vez primera, a partir de 1957. Pocos cambios se han venido produciendo desde entonces hasta fechas recientes, pero algunas modificaciones realizadas han sido sustanciales y han respondido siempre a la necesidad de adaptar las pensiones a las circunstancias concretas y coyunturales de determinados ciclos económicos (Bervers, L., 2014). En los años setenta, la protección social dirigida al colectivo de mayores fue ampliada a los trabajadores por cuenta propia y en los ochenta fueron incrementadas las pensiones más bajas con el fin de garantizar unos ingresos mínimos vitales. En los noventa, se incorporaron las pensiones para las amas de casas que no habían cotizado suficientemente, o nunca, a la seguridad social a modo de pensiones no contributivas. Sin embargo, y a pesar de estos avances, no se ha conseguido hacer frente a uno de los principales desafíos en Israel en materia de políticas de pensiones: el 20% de la población mayor vive por debajo del umbral de la pobreza, siendo éste uno de los mayores porcentajes de los países de la OCDE (Ben, D. & Bleich, CH, 2013).

Este problema de exclusión social se ve agravado, lógicamente, por la elevada esperanza de vida en Israel que pone en jaque la viabilidad financiera del sistema de la seguridad social, con el añadido de la singularidad israelí en cuanto al incremento de la tasa de envejecimiento por la llegada, en la década de los noventa, de un elevadísimo número de inmigrantes judíos mayores y con grandes dependencias procedentes, como se ha mencionado anteriormente, de la extinta Unión Soviética.

Esta situación de vulnerable sostenibilidad económica ha conducido a la edificación de un modelo mixto o compartido. A partir del año 2014 se incorporó la Ley de Pensión Obligatoria que establece que el sector empresarial privado debe retener el 17,5% del salario del trabajador por cuenta ajena con vistas a la provisión de fondos para la percepción de la pensión futura. Esta ley fue promulgada como consecuencia, precisamente, del elevado número de mayores con pensiones insuficientes que garanticen su nivel de vida, lo que ha conducido a esta elevada tasa de exclusión social entre las personas mayores en el país.

PROTECCIÓN SOCIAL POR DESEMPLEO

La protección social por desempleo es desde tiempos recientes una de las grandes cuestiones de la agenda política que más diversidad de criterios, desencuentros y polémica ha venido generando, muy especialmente en cuanto a las condiciones de acceso.

En 1973 se dio comienzo a las primeras iniciativas para la implementación de prestaciones por desempleo y, desde entonces, un amplio debate siempre ha venido pivotando sobre esta delicada cuestión política en base a los recursos económicos generados en el país a lo largo de todos estos años. Este debate, y las consiguientes reformas que se han venido llevando a cabo durante todo este tiempo, ha sido focalizado en dos grandes cuestiones: el acceso y el importe. Cuestiones y reformas que han conducido a un endurecimiento paulatino de las condiciones para su accesibilidad y disfrute y a la cuantía de las mismas. Los cambios políticos en los sucesivos gobiernos han propiciado, sin duda, también este debate, en el que el criterio dominante ha sido la necesidad de asunción por parte del desempleado de su situación, y por tanto de su responsabilidad (Arian, O., 2015). Desde casi inicios de esta década, sólo el 30% de los desempleados han recibido prestaciones por desempleo. En otras palabras, el 70% de las personas en situación de desempleo no han conseguido alcanzar y cumplir con las condiciones restrictivas establecidas, una situación que es resultado de los cambios y reformas efectuadas en materia laboral por los gobiernos de Israel desde los años noventa del pasado siglo (Toledano, 2013).

El debate en torno a esta cuestión continúa abierto y las diferencias de criterios son muy amplias sobre los efectos de las políticas iniciadas para la creación de empleo y si estas iniciativas están produciendo realmente resultados positivos. Pero lo que está fuera de discusión son los resultados casi históricos en cuanto a la ocupación. Hace casi diez años, en 2006, la tasa de desempleo era del 10,45% y en 2015 ha descendido hasta el 5,30%. En otras palabras, una tasa de desempleo no conocida desde la década de los ochenta. Y los datos vienen a reafirmar esta tendencia. El año pasado, 2016, ha cerrado, según los datos de la Oficina Central de Estadísticas en Israel, con el 4,9% de desempleo, el nivel más bajo en más de 30 años.

5. CONCLUSIONES

Israel, a pesar de su ubicación geográfica en Oriente, ha conseguido configurar un modelo de sociedad y de sistema político de corte occidental. No en vano, es la única democracia reconocida en todo Oriente Medio.

La universalización de sus políticas públicas sociales ha trascendido la tradicional y ancestral acción social en el seno de todas sus comunidades judías a lo largo de la historia y ha reproducido, de la mano de su soberanía política, un sistema de protección social de bases anglosajonas. El socialismo sionista inicial, motor de las primeras décadas de su independencia política, fue dando paso a un modelo más liberal, y por ende menos interventor en la economía y en la sociedad, con fundamentos ideológicos similares a los experimentados en todo occidente.

Sin duda, un elemento claramente diferenciador, y determinante, del modelo israelí reside en su ubicación geopolítica. El denominado conflicto bélico árabe-palestino-israelí, desgraciadamente inacabado aún, no ha permitido una normalización política estable que haya permitido una correlación efectiva en el diseño e implementación de más ambiciosas políticas públicas. Sin embargo, sus logros, a pesar de todo, son sobresalientes. Y un hecho contrastable e ineludible es cualquier análisis comparado con los países de su entorno.

Como en toda sociedad occidental, las imperfecciones de su sistema han sido objeto de certeras críticas, y muy especialmente desde hace unos años, dada la reconocida desigualdad territorial en base a la distribución presupuestaria necesaria para acometer nuevas iniciativas políticas en materia social. Su principal desafío presente, empero, reside en el combate contra la pobreza que convierte a Israel en el segundo país más pobre de toda la OCDE, después de Méjico. Esta pobreza afecta ya a un 18% de los israelíes. Principalmente este nivel de pobreza es particularmente alto entre los mayores, debido en cierto modo a las bajas pensiones existentes, y a las minorías judía ultraortodoxa y árabe-musulmana, en cuanto a su dificultad para incorporarse en el mercado laboral. Un hecho destacable y paradójico a tenor de los buenos resultados económicos del país que ha conseguido, en las últimas décadas, un crecimiento del PIB superior a la media de los países de la OCDE.

6. BIBLIOGRAFIA

- ARIAN, O. (2015). *Israel y el Estado del Bienestar*. Jerusalén: Instituto Bialik.
- BEN, D. & BLEICH, CH. (2013). Pobreza y Desigualdad a través del tiempo en Israel y en la OCDE, en: Reporte de la Situación del Estado: Sociedad, Economía y Política. Centro Taub para la Investigación de la Política Social en Israel.
- BEVERS, L. (2014). Resumiendo la Política: Pensiones, Pobreza y Ancianos en Israel. Centro Taub para la Investigación de la Política Social en Israel.
- BOLTAINA, J. (2016). "Israel y defensa, un ejército del siglo XXI", en Hidalgo, A. (Coord.), *España-Israel, 30 años de relaciones. Claves de conocimiento*. Madrid: Thomson Reuters-Aranzadi.

- COHEN, N., MIZRAHI, S. & YUVAL, F. (2011). Public Attitudes towards the Welfare State and Public Policy: the Israeli Experience. *Israel Affairs* 17 (4): 621-643.
- DIECKHOFF, L. (2008). *État d'Israël*. Paris: Fayard.
- DORON, A. & KRAMER, (1991). *Welfare State in Israel*. Jerusalem: Am Oved Eshkol Institute. Hebrew University.
- DORON, A. (2007). El Estado del Bienestar en tiempos de recortes: perspectiva del siglo XXI. *Sociedad y Bienestar. Journal de Trabajo Social*, 23 (3): 275-294.
- ESPING-ANDERSEN, G. (1996). *Welfare States in Transition*. London: Sage Publications.
- FISHER, R. (2004). *Trasferencias Infantiles y su Influencia en la Natalidad en Israel*. Jerusalén: Banco de Israel.
- GAL, J. & AHDUT, N. (2007). “Red de Seguridad Social y sus grandes agujeros: la política hacia los programas de seguridad económica”, en: Abiram, A., Gal, J. & Katan, J. (Eds.) *Formulando la Política Social de Israel: Tendencias y Cuestiones*. Centro Taub para la Investigación de la Política Social en Israel.
- GAL, J. (2008). Transferencias Infantiles en Perspectiva de Investigación, *Seguro Social* 78: 5-10.
- GILBERT, N. (2002). *Transformation of the Welfare State*. Oxford: University Press.
- HIDALGO, A. (2014). El Trabajo Social judío y su contribución a la configuración del Trabajo Social general como profesión y como disciplina. Una primera aproximación científico-filosófica. *Cuadernos de Trabajo Social*, 27 (1): 187-195.
- HIDALGO, A. (2015) (Coord.). *España-Israel, 30 años de relaciones. Claves de conocimiento*. Madrid: Thomson Reuters-Aranzadi.
- INBAR, E. (2010). The Decline of the Labor Party, *Israel Affairs* 16 (1): 69-81.
- PIERSON, P. (Ed.) (2001). *The new politics of the Welfare State*. Oxford: University Press.
- ROSENHEK, Z. (1998). Policy Paradigms and the Dynamics of the Welfare State: The Israeli Welfare State and the Zionist Colonial Project. *International Journal of Sociology and Social Policy*, 18 (2): 157-202.
- ROSENHEK, Z. & MAMAN, D. (2002). *Israel Bank Economic Policy in Neo-Liberal Age*. Jerusalem: Kibbutz Meuhad Press.
- SIMONOVICH, J. (2012). “Israel” en: Hidalgo, A. (Coord.) *Trabajo Social en perspectiva comparada. Historia y ejercicio de la profesión. Una selección de países*. Madrid: UNED-Ediciones Académicas.
- SHALEV, M. (1992). *Labour and the Political Economy in Israel*. Oxford: University Press.
- TOLEDANO, A. (2013). *Perceptores del Seguro de Desempleo en el año 2013*. Jerusalén: Departamento de Investigación y Planificación del Instituto de Seguro Nacional.
- WAIS, A (2000). Influencia de la Ley de Supervivencia Mínima sobre el desempeño de los departamentos de servicios sociales, *Bitajón Sociali* (58): 76-96.

EL SISTEMA DE SERVICIOS SOCIALES Y DEPENDENCIA EN ESPAÑA

Enrique Pastor Seller

Profesor Titular de Universidad. Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales. Universidad de Murcia. epastor@um.es

Carmen Verde-Diego

Profesora Titular de Universidad. Departamento de Análisis e Intervención Psicosocioeducativa. Universidad de Vigo. carmenverde@cgtrabajosocial.es

Encarna Peláez Quero

Profesora del Grado en Trabajo social de la Universidad de Almería. Vicepresidenta P. Consejo General de Trabajo Social de España epelaez@cgtrabajosocial.es

Ana Isabel Lima Fernández

Profesora Asociada de la Universidad Complutense de Madrid y de la UNED. Presidenta del Consejo General de Trabajo Social. analima@cgtrabajosocial.es

Sumario: Antecedentes y creación de los Servicios sociales en España. El marco autonómico y local en los Servicios Sociales: estructura, niveles de atención y fines. La evolución del sistema de Servicios sociales en España. Las generaciones de leyes autonómicas de servicios sociales. Catálogos y carteras de servicios. La promoción y atención a las personas y familias en situación de dependencia en España. La aprobación de la Ley. El objeto de la Ley. Qué se entiende por autonomía y dependencia. Prestaciones y servicios del Sistema. La situación actual tras una década de gestión de la Ley. Estado actual y escenarios de futuro.

Resumen: El capítulo describe la creación y evolución del Sistema Público de Servicios sociales desde su aparición en 1978 hasta la actualidad, analizando sus principales características así como los momentos clave en su evolución. Así mismo, se presentan los elementos que posibilitaron en España la promoción y atención a las personas y familias en situación de dependencia desde 2006, contextualizando su implementación y desarrollo, analizando las prestaciones y los servicios del sistema y su situación actual. El texto finaliza con una evaluación de la situación actual de los servicios sociales y la dependencia en España.

Conceptos Centrales: Protección social, servicios sociales, dependencia, derechos sociales, ciudadanía.

1. ANTECEDENTES Y CREACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES EN ESPAÑA

España se transformó en un *Estado social y democrático de Derecho* con la proclamación de su Constitución en 1978. En 1985, España ingresa en la Comunidad europea expectante de modernidad y desarrollo económico. En este contexto, la Política Social española se propuso el pleno empleo, la igualdad y la lucha contra la pobreza y la exclusión social, instrumentalizando estas metas a través de la creación de sistemas de protección social públicos: educación, seguridad social, sanidad, empleo y servicios sociales. Estos sistemas evolucionaron a distintos ritmos, así la sanidad, la educación y la seguridad social (desempleo, pensiones, invalidez, viudedad), existentes ya de forma incipiente en el período preconstitucional (Aleman, 1991), fueron establecidos ahora como derechos universales y subjetivos de ciudadanía. En lo que respecta a la configuración del Sistema Público de Servicios Sociales tuvo que superar la herencia franquista caracterizada por una beneficencia pública, graciable, puramente *asistencialista* y paternalista, sustentada en ayudas individuales y no en políticas redistributivas, complementada con actuaciones caritativas dispersas y desligadas de las necesidades reales de la población, llevadas a cabo sin ningún tipo de consideración técnica por la Sección femenina del Régimen, altamente ideologizada¹, y el sector religioso² (Cerdeira, 1987; Sabater, 1989; Aleman, 1991; Garcés, 1992; Gutiérrez, 1993).

La creación del sistema contó con las aspiraciones de democratización y de igualdad de las asistentes sociales de la época quienes intervinieron decididamente a través de la FEDAAS³, en la configuración del mismo al solicitar al Senador D. Lorenzo Martín Retortillo Baquer que presentase una enmienda para substituir en la redacción del texto constitucional el término “beneficencia” por el de “asistencia social” (Las Heras, 2000; Lima, 2011). Con este importante cambio, los servicios

¹ El “auxilio social” fue encomendado a la rama femenina del único partido político de la Dictadura, *Falange Española Tradicionalista y de las Juntas de Ofensiva Nacional Sindicalista* (FET y de las JONS), denominada “*Sección Femenina de Falange Española*” (ya creada en 1934 antes del estallido de la guerra civil). Con explícita carga ideológica, básicamente instruyó a las jóvenes para ser buenas patriotas, buenas cristianas y buenas esposas a través de un obligatorio “*Servicio social de la mujer*”.

² Compartiendo espacio con la Sección femenina y la Beneficencia pública del franquismo aparece en 1942, *Cáritas -Secretariado Nacional de Caridad* que desarrollará su *Acción Católica* con los necesitados.

³ La *Federación Española de Asistentes Sociales -FEDAAS-* fue creada en los estertores del franquismo (1967) al amparo de la *Ley de asociaciones culturales* (1964).

sociales se concebían como un derecho de ciudadanía más allá de la discrecionalidad de la ayuda benéfica a los más necesitados.

El Estado español quedó configurado territorial y competencialmente como un “Estado de las Autonomías” con una estructura administrativa tripartita: a) la central o *estatal*; b) la autonómica⁴ y c) la administración local, constituida por diversos entes; municipios (como entidades locales básicas), provincias⁵, islas y entidades locales superiores al municipio (mancomunidades, comarcas, áreas metropolitanas).

2. EL MARCO AUTONÓMICO Y LOCAL EN LOS SERVICIOS SOCIALES: ESTRUCTURA, NIVELES DE ATENCIÓN Y FINES

A pesar de las múltiples alusiones en la Constitución a la asistencia social, ésta no se concretó en una *Ley “Estatál” de Servicios Sociales* sino que, de acuerdo al art. 148.20, se encomendó a las Comunidades Autónomas que desarrollasen el marco legislativo y ejecutivo en esta materia en sus respectivos territorios.

Entre 1982 y 1987 fueron aprobadas, las denominadas *Leyes autonómicas de servicios sociales de primera generación*. En ellas se establecieron la población destinataria y dos “niveles de atención” en función del territorio, la problemática a atender, su intensidad y la especificidad de las prestaciones, que dieron lugar respectivamente a los *Servicios Sociales de Atención Primaria* (también llamados generales, de base, comunitarios, etc.) y los *Servicios Sociales Especializados*.

Así mismo, en 1985, la *Ley 7/1985, de 2 de abril, reguladora de las bases del Régimen local* vino a establecer competencias a los municipios en la “prestación de servicios sociales y de promoción y reinserción social” (Art. 25.2.k) lo que conllevó a las Comunidades Autónomas a incardinar los servicios sociales generales de carácter comunitario (atención primaria o de base) en las administraciones locales.

Los *Servicios sociales de Atención Primaria* ofrecen prestaciones de carácter general a toda la población. Son servicios polivalentes de “proximidad” y el acceso más inmediato de la ciudadanía al sistema. Realizan tareas de información, asistencia, promoción y desarrollo comunitario, gestionan servicios de atención domiciliaria

⁴ Se constituyen 17 comunidades autónomas (la Comunidad foral con especiales características) y dos ciudades autónomas -Ceuta y Melilla- (art. 137); las cuales deberán asumir las competencias propias, a veces delegadas en exclusiva por la administración central o actuando en otros casos como administración delegante.

⁵ Cuyo órgano de gobierno son las Diputaciones, excepto en las comunidades autónomas uniprovinciales en las que esta corporación no se constituye.

y orientan y derivan al ciudadano hacia otros servicios. Pueden tener carácter sectorial centrado en grupos con problemáticas específicas siempre que la intervención no recomiende su derivación a servicios sociales especializados (Lima, 2011).

Las diferencias existentes entre los distintos territorios autonómicos en materia de servicios sociales, en especial respecto a sus dotaciones presupuestarias, provocaron la necesidad de establecer unos “mínimos comunes” que viniesen a garantizar los derechos básicos, económicos y sociales de la ciudadanía en todo el Estado español. En 1988, el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, a través de la Dirección General de Acción social, aprobó el *Plan Concertado para el desarrollo de Prestaciones Básicas de Servicios sociales de Corporaciones Locales* (Plan Concertado), como un “Pacto de Estado” entre las administraciones Central, Autonómica y Local para articular, desde la concertación y la cooperación, “prestaciones básicas” en los servicios sociales de atención primaria: 1) *Información, orientación y asesoramiento*; 2) *Ayuda a domicilio*; 3) *Alojamiento y convivencia* y 4) *Prevención e inserción social*. En 1990 ya todos los Ayuntamientos de España contaban con equipamientos “básicos” en la red local comunitaria: *Unidades básicas de Trabajo Social de Zona* (UTS) y/o *Centros de Servicios Sociales* considerados éstos últimos como equipamientos polivalentes y multidisciplinares de planificación, gestión e intervención social, a través de prestaciones “básicas” proporcionadas por equipos profesionales interdisciplinares cuya figura de referencia fueron trabajadores sociales (Lima, 2011). Por su parte, se estableció que aquellas situaciones que por su complejidad, especificidad o duración no pudieran ser resueltas en los servicios sociales del primer nivel habrían de ser derivadas a los *Servicios Sociales Especializados* los cuales requieren de una mayor cualificación de sus recursos humanos, técnicos y materiales y dependieron, en general, de la propia Administración Autonómica en sus respectivos “departamentos territoriales”, en muchas ocasiones coincidentes con delegaciones en las provincias de su territorio.

Los servicios sociales especializados poseen así mismo equipamientos propios como centros residenciales para la tercera edad, casas de acogida para la protección de mujeres en situación de violencia de género, centros de protección a la infancia, etc. En lo que respecta a la población destinataria, las leyes autonómicas de primera generación establecieron, en general, *áreas de actuación* definidas en la década de los ochenta en función de sectores de población con problemáticas diferenciadas: familia, infancia y juventud; minusválidos; vejez; mujer; drogodependientes y alcoholismo; minorías étnicas; delincuencia y reclusos; y otras problemáticas de marginación social (transeúntes, inmigrantes, refugiados y apátridas, etc.). Aunque a los servicios sociales podía acceder cualquier persona, la consideración de determinar

“áreas de actuación” a los que se debía prestar *especial atención* pretendió reforzar la idea de la *igualdad material* entre todos los españoles y la *especial* atención para aquellos cuyas situaciones les mantenían en posición desigualitaria por razón de género (mujer), edad (infancia, mayores), pertenencia a una minoría (minorías étnicas), o por vivir situaciones de discriminación o marginalidad, que el Estado debía contrarrestar (Lima, Verde-Diego y Pastor-Seller, 2016).

3. LA EVOLUCIÓN DEL SISTEMA DE SERVICIOS SOCIALES EN ESPAÑA

LAS GENERACIONES DE LEYES AUTONÓMICAS DE SERVICIOS SOCIALES

Durante la década de los ochenta el Sistema de servicios sociales se fue articulando, en la medida de sus dotaciones presupuestarias, cubriendo las necesidades específicas de personas, grupos o comunidades con los correspondientes recursos ofrecidos desde el sistema.

A partir de los noventa se comienzan a modificar las leyes de Servicios sociales autonómicas apareciendo las denominadas de “*segunda generación*”. El reajuste normativo intentaba adaptarse a los nuevos requerimientos de una sociedad ya democráticamente madura. El sistema de servicios sociales debía abandonar su construcción *sectorial* dirigida a un determinado “tipo de población” con problemáticas *sustantivas*, y trasladar sus fines a cualquier persona con posibles situaciones *adjetivas* de dificultad en un período de su vida. La mirada se trasladó del “usuario tradicional” (imagen representada) –*minusválido, alcohólico, pobre, marginal*– (para el cual el sistema había sido *especialmente* creado) a situaciones de necesidad o carencia de cualquier ciudadano: personas “con discapacidad”, “con toxicoddependencia”, en “situación de exclusión social”, etc.

A partir del año 2006 se sucede la aprobación paulatina de las denominadas *leyes autonómicas* de servicios sociales de “*tercera generación*”, actualmente en vigor⁶,

⁶ Ley Foral 15/2006, de 14 de diciembre, de servicios sociales. Ley de Cantabria 2/2007, de 27 de marzo de Derechos y Servicios Sociales. Ley 12/2007, de 11 de octubre de Cataluña. Ley 13/2008, de 3 de diciembre, de servicios sociales de Galicia. Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de servicios sociales del País Vasco. Ley 4/2009, de 11 de junio, de servicios sociales de las Illes Balears. Ley 5/2009, de 30 de junio, de servicios sociales de Aragón. Ley 7/2009, de 22 de diciembre, de Servicios Sociales de la Rioja. Ley 14/2010, de 16 de diciembre, de servicios sociales de Castilla-La Mancha. Ley 16/2010, de 20 de diciembre, de servicios sociales de Castilla y León. Ley 9/2016, de 27 de diciembre, de Servicios Sociales de Andalucía.

caracterizada, entre otras cuestiones, por su carácter universal y normalizador, la ampliación y consolidación de derechos y deberes de las personas usuarias, la importancia de la calidad en el sistema, el derecho de la persona atendida a tener un/a trabajador/a social como profesional de referencia y el reconocimiento del derecho subjetivo de las personas a las prestaciones en la elaboración de catálogos o carteras de servicios. No cabe duda de que la aprobación en 2006, a nivel estatal, de la llamada “Ley de dependencia” tendrá gran incidencia en la forma de renovar las leyes autonómicas de servicios sociales (Lima, Verde-Diego, Pastor-Seller, 2016).

CATÁLOGOS Y CARTERA DE SERVICIOS

La tercera generación de leyes autonómicas de servicios sociales, como ya se ha comentado, introdujeron en su cuerpo normativo “novedoso”: *Catálogos y/o cartera de servicios*. Un *Catálogo* es la forma de establecer un conjunto de servicios y prestaciones garantizados a través del Sistema Público de Servicios Sociales, mientras que una *Cartera de servicios* legisla, entre otras cuestiones, los requisitos de acceso a los servicios y prestaciones de los catálogos, las características y modalidades de éstos, el establecimiento o el equipo profesional que debe gestionarla así como sus perfiles, las ratios de los equipos multidisciplinares, los estándares de calidad a tener en consideración, y la población destinataria de los servicios ofertados. Las carteras de servicios ofrecen “prestaciones garantizadas” y “prestaciones no garantizadas”. Las primeras, de acuerdo con su definición, son exigibles por la ciudadanía como un derecho subjetivo y deben incluir, al menos, la necesidad de una valoración profesional previa y de una prueba objetiva que acredite su necesidad. Las segundas, pueden ser otorgadas de acuerdo con los presupuestos asignados y, normalmente, a partir de principios objetivos de prelación y concurrencia. En uno u otro caso, las leyes autonómicas de tercera generación garantizan el acceso a las prestaciones por parte de la población con el apoyo de la Administración y teniendo en cuenta criterios de progresividad en la renta de los usuarios.

Las diferentes leyes autonómicas de servicios sociales y otros desarrollos normativos que las han ido completando a lo largo de estas décadas⁷, presentan una

⁷ La protección a la infancia (Ley Orgánica de protección jurídica del menor 1/1996; Ley de Adopción internacional 54/2007; Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia), la discapacidad (Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos), la dependencia (Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia), la violencia de género (Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de género), o las

inmensa disparidad en España del mapa de “servicios sociales”. Conscientes de esta situación y del posible agravio comparativo existente entre los recursos disponibles para la población en relación al territorio que habitan, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad publicó en 2013 un *Catálogo de referencia de servicios sociales*⁸, de carácter estatal. Obviamente, tal como figura en la Presentación del mismo, atendió a la diversidad legislativa autonómica, a la heterogeneidad en la competencia presupuestaria y organizativa de los servicios sociales en las distintas autonomías, y la variedad de servicios y prestaciones de contenido idéntico pero con denominación diferente en cada comunidad autónoma (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013, pp.12-13).

El catálogo parte del concepto de “Sistema Público de Servicios Sociales” y su finalidad es la promoción y el desarrollo pleno de todas las personas y grupos dentro de la sociedad para la obtención de un mayor bienestar social y una mejor calidad de vida, en el entorno de la convivencia, y la prevención y la eliminación de las causas que conducen a la exclusión social (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013, pp.11-12).

Pretende, por lo tanto, ofrecer un “mínimo denominador común” para todo el territorio español pero siendo muy consciente de que los niveles competenciales para la articulación legislativa y la gestión de los mismos sigue siendo autonómico.

El catálogo se articuló en torno a dos tipos de prestaciones, distinguiendo entre *prestaciones de servicios y prestaciones económicas*. Las primeras están destinadas a atender las necesidades sociales de la ciudadanía y promover su inserción social a través de equipos técnicos y comprenden equipamientos, programas, servicios, unidades administrativas y a los propios equipos multidisciplinares, identificando los siguientes:

pensiones no contributivas (RD Ley 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social) entre otras.

⁸ Aprobado por el Consejo Territorial de Servicios sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia el 16 de enero de 2013.

⁹ Los principios inspiradores del Catálogo son: la universalidad, la responsabilidad pública, la igualdad, la equidad, la prevención y dimensión comunitaria, la promoción de la autonomía personal, la atención personalizada e integral, la inserción y normalización, la proximidad, la solidaridad, la calidad, la participación y la cooperación y colaboración (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013, pp. 15-17).

Tabla 1. Prestaciones de servicio en el Catálogo de referencia de servicios sociales (2013).

1. Información, orientación, asesoramiento, diagnóstico y valoración	1.A. Información, orientación, asesoramiento y diagnóstico	1.A.1. En servicios sociales de atención primaria 1.A.2. En servicios sociales especializados
	1.B. Atención telefónica	1.B.1. Teléfono para mujeres víctimas de violencia de género 1.B.2. Teléfono para menores 1.B.3. Otros servicios telefónicos
	1.C. Valoración social específica	1.C.1. Dependencia 1.C.2. Discapacidad 1.C.3. Inmigración
2. Autonomía personal, atención en el domicilio y respiro familiar	2.A. Ayuda a domicilio y apoyo a la unidad de convivencia 2.B. Tele-asistencia 2.C. Atención diurna y/o nocturna para personas mayores, personas con discapacidad y personas en situación de dependencia 2.D. Atención diurna y/o nocturna para personas sin hogar 2.E. Prevención de la situación de dependencia y promoción de la autonomía personal 2.F. Centros ocupacionales 2.G. Atención psicosocial a víctimas de violencia de género 2.H. Teléfono de alarma para la atención y protección para víctimas de la violencia de género	
3. Intervención y apoyo familiar	3.A. Intervención y orientación sociofamiliar 3.B. Mediación familiar 3.C. Puntos de encuentro familiar 3.D. Atención socioeducativa de menores	
4. Intervención y protección de menores	4.A. Atención a menores en riesgo social y familiar 4.B. Acogimiento residencial de menores 4.C. Acogimiento familiar 4.D. Adopción 4.E. Atención temprana	
5. Atención residencial	5.A. Alojamiento de urgencia 5.B. Para personas sin hogar 5.C. Para víctimas de violencia de género 5.D. Para personas mayores y en situación de dependencia 5.E. Para personas con discapacidad	
6. Prevención e inclusión social	6.A. Servicios de intervención comunitaria y voluntariado social 6.B. Intervención socioeducativa y acompañamiento en itinerarios de inclusión social 6.C. Atención a necesidades básicas	
7. Protección jurídica	7.A. Tutela y guarda de menores 7.B. Tutela de adultos 7.C. Cumplimiento de medidas judiciales para menores	

Fuente: Elaboración propia a partir de *Catálogo de referencia de servicios sociales* (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013, pp. 19-38).

Por su lado las “prestaciones económicas” consisten en aportaciones económicas (periódicas o de pago único) para garantizar mínimos de subsistencia a la ciudadanía o suplir situaciones de emergencia sobrevenidas: Renta mínima de inserción, Ayuda para víctimas de violencia de género, Prestaciones económicas para personas en situación de dependencia y otras prestaciones económicas (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013, pp.39-41).

Todavía queda camino por recorrer para la confluencia de los diferentes “sistemas” autonómicos de servicios sociales pero la “red” de servicios sociales se consolida y reinventa para convertirse en el instrumento de los derechos sociales de ciudadanía.

4. LA PROMOCIÓN Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS Y FAMILIAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA EN ESPAÑA: LA LEY 39/2006, DE 14 DE DICIEMBRE

DESARROLLO NORMATIVO, CONCEPTOS, OBJETO, Y PRESTACIONES

Bien podría considerarse la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia (en adelante “Ley de Dependencia” o LAPAD) como el primer y exitoso intento reciente de dotar al sistema de protección social en España de una norma estatal que conformase un conjunto de derechos subjetivos reconocidos a cualquier persona, independientemente del lugar de residencia, aún cuando el devenir de la misma empieza a dejar cada vez más sombras que luces.

La exposición de motivos de las normas jurídicas, aún cuando carecen de fuerza normativa y su valor es meramente expositivo –reiteradas sentencias del Tribunal Constitucional avalan esta tesis¹⁰–, ayudan a “dibujar orientaciones interpretativas” (Santaolalla, 1991, p.48) y en el caso que nos ocupa da cuenta del contexto en el que nace la Ley 39/2006.

En primer lugar cabe referirnos a la aprobación en 2003, en el Pleno del Congreso de los Diputados, de la Renovación del Pacto de Toledo¹¹

¹⁰ Sentencia 36/1981, de 12 de noviembre. Sentencia 150/1990, de 4 de octubre. Sentencia 90/2009, de 20 de abril, entre otras.

¹¹ El Pacto de Toledo se refiere a la aprobación por el pleno del Congreso de los Diputados, en sesión celebrada el 6 de abril de 1995, del Texto aprobado por la comisión de presupuestos con relación al informe de la ponencia para el análisis de los problemas estructurales del sistema de Seguridad Social

...resulta por tanto necesario configurar un sistema integrado que aborde desde la perspectiva de la globalidad del fenómeno de la dependencia y la Comisión considera necesaria una regulación en la que se recoja la definición de dependencia, la situación actual de su cobertura, los retos previstos y las posibles alternativas para su protección.

Se hace alusión al cambio demográfico que ha supuesto que la población mayor de 65 años se haya duplicado en los últimos 30 años, incrementándose en la misma medida la de mayores de 80 en los últimos 20. Por otro lado, según la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud de 1999 que es tomada como referencia, el 9% de la población española presentaba alguna limitación o discapacidad que pudiera provocar una situación de dependencia. Por tanto, el volumen de población susceptible de ser atendida no es despreciable; bien sea por motivos de edad o discapacidad. Así mismo se señalaba “los cambios en el modelo de familia y la incorporación progresiva de casi tres millones de mujeres... al mercado de trabajo” (España, 2006, p. 9) como una característica de la sociedad española que ha externalizado fuera del ámbito doméstico las labores de cuidado antes realizadas por mujeres en el hogar. La conjunción de todas esas circunstancias plantean, el propio texto así lo reconoce, la “necesidad de garantizar a los ciudadanos, y a las propias Comunidades Autónomas, un marco estable de recursos y servicios para la atención a la dependencia” (España, 2006, p. 9), y esa garantía intenta ser la Ley de Dependencia.

El mapa competencial dibujado por el Estado de las Autonomías que se ha descrito con anterioridad orienta la aprobación de la Ley de Dependencia a través de ejercicio de consenso de sensibilidades y competencias.

La denominación de la Ley evidencia que su ámbito de protección no se reduce a dependencia, sino que amplía su cobertura a la promoción de la autonomía, entendida como “la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias así como de desarrollar actividades básicas de la vida diaria” (art. 1.1). No obstante, los aspectos relacionados con la autonomía no han gozado del desarrollo que se esperaba, virando desde la promoción y prevención ligada a la autonomía, a la atención y el cuidado centrados en la dependencia, entendida como

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

y de las principales reformas que deben acometerse. Boletín Oficial de las Cortes Generales. Congreso de los Diputados 12 abril 1995, núm. 134.

o la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de una 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 (art. 2.2)

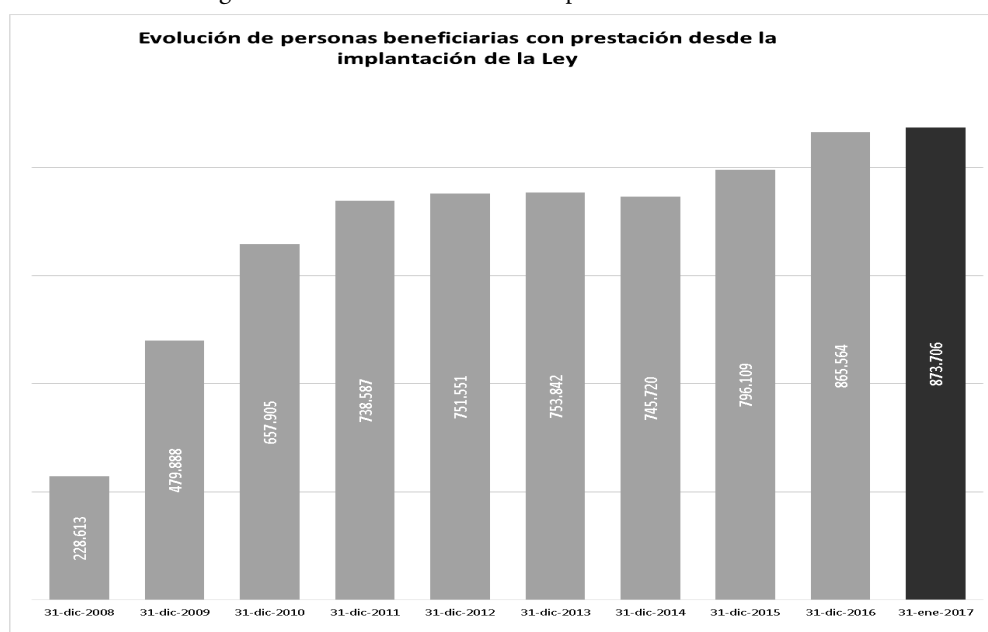
Destacar de la definición: el carácter permanente de la situación y la afectación que la misma provoca en la realización de las actividades básicas de la vida diaria. En consecuencia, es necesario no confundir el concepto de dependencia, a los efectos de la Ley, de otros términos que, aún próximos, no pueden ser entendidos como sinónimos; véase el de discapacidad.

Otra cuestión susceptible de análisis, es la del objeto de esta norma. Así, al realizar un análisis del artículo 1, dedicado al objeto de la Ley, se extraen algunas de sus notas características. En primer lugar hay que atender a la configuración de “derecho subjetivo” para los servicios y prestaciones que contempla; hasta ese momento, la atención social a la dependencia desde la responsabilidad pública, quedaba ligada a la disponibilidad presupuestaria de las diferentes Administraciones, de tal suerte que variables tales como el lugar de residencia, incluso el momento del año en el que una persona en situación de dependencia solicitaba ser atendida, condicionaban el acceso a una protección adecuada motivado por la variabilidad entre regulaciones según la comunidad autónoma o el estado de ejecución de las diferentes partidas presupuestarias y los recursos disponibles en ese momento. A partir de aquí, la configuración de derecho subjetivo confiere a los titulares del mismo la posibilidad de acudir ante los tribunales de justicia para reclamar los servicios y prestaciones contemplados en la Ley en los supuestos que ese derecho es reconocido.

Aspecto nada desdeñable es la creación de un sistema. Es esta una cuestión muy significativa, aún cuando el legislador lo enuncia así: “creación de un sistema”, en realidad lo acaba incardinando en el ya establecido Sistema Público de Servicios Sociales. Si se vuelve la vista a la exposición de motivos, se recoge que “se trata de configurar un nuevo desarrollo de los Servicios Sociales (...) hacer efectivo un sistema de Servicios Sociales de calidad, garantistas y plenamente universales (...) es uno de los instrumentos fundamentales para mejorar la situación de los servicios sociales en nuestro país”, por tanto, aludiendo al carácter interpretativo de la exposición de motivos, la voluntad del legislador queda patente. Cuestión diferente es cómo el peso de la atención a la dependencia acaba recayendo en un sistema, el de Servicios Sociales, relativamente joven y débil en cuanto a dotación de recursos y cómo éste se “reinventa” y adapta para dar respuesta al reto planteado, en especial

al inicio de la implantación cuando la gestión de todo el volumen de personas que acceden al sistema de Dependencia casi colapsa el de Servicios Sociales en su nivel más cercano a la ciudadanía.

Figura 1. Personas beneficiarias con prestación desde 2010.



Fuente: Portal de la Dependencia. IMSERSO (2017. p.5).

Significativos son los datos que recoge el *II Informe sobre los Servicios Sociales en España* elaborado por el Consejo General de Trabajo Social; se constata que las personas que acuden a los Servicios Sociales de atención primaria solicitando prestaciones relacionadas con la dependencia en 2012 son el 49% y en 2013 el 35% (Lima, 2015a). Otros argumentos que apoyan esta visión es cómo la propia gestión de la Ley se ubica en los dispositivos que ya estaban operando en el territorio dentro de la red de servicios sociales y cómo los recursos que se ofertan a la ciudadanía igualmente estaban creados y operativizados en la misma red, tanto a nivel primario o comunitario (véase servicio de ayuda a domicilio, centros de día), como a nivel especializado (centros residenciales).

El establecimiento de un “contenido mínimo común” trae a colación la vocación de garantizar un estándar mínimo de derechos, compartido en todo el territorio estatal. La ampliación de coberturas permitiría a cada Comunidad

Autónoma establecer un nivel específico para su ciudadanía, pero sobre la base de un suelo garantizado para todos. El artículo 7 identifica los niveles de protección, hablando de nivel mínimo establecido por la Administración General de Estado; nivel acordado, entre ésta y las Comunidades Autónomas vía convenios; nivel adicional, establecido por cada Comunidad Autónoma. Es este un factor que añade complejidad al sistema; la confluencia de distintas administraciones con competencias en el mismo: “acción coordinada y cooperativa de la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas, ... con la participación, en su caso, de las Entidades Locales” (art. 7). Por último, aludir a que la LAPAD contempla una doble posibilidad de atención según la naturaleza de la misma; servicios y prestaciones económicas, priorizando los primeros sobre las segundas. Como ya se adelantaba, el catálogo de servicios viene a incluir en su mayoría los que ya se venían prestando como propios de los Servicios Sociales, a) prevención de las situaciones de dependencia y de los de promoción de la autonomía personal; b) teleasistencia; c) Ayuda a domicilio; d) Centro de día y de noche y e) Atención residencial (art. 15.1)

Respecto a las prestaciones, se establecen tres modalidades:

- Económica vinculada al servicio (Art.17), prevista para cuando no es posible el acceso a un servicio público o concertado.
- Económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales (Art.18), contemplada con carácter excepcional, cuando la persona dependiente esté siendo atendida en su entorno familiar y se reunieran una serie de condiciones establecidas en la propia Ley, llevaba aparejada la afiliación a la Seguridad Social de la persona cuidadora. En la práctica, el carácter de excepcionalidad no fue respetado, en especial en algunas comunidades autónomas, acabándose convirtiendo en la prestación más asignada, desvirtuándose en parte el sentido de la misma; así, en un momento de grave crisis económica en el país esta prestación fue prescrita más con el objetivo de reconocer el esfuerzo de la persona cuidadora y remunerarla, que para garantizar los cuidados de la persona dependiente. (Fernández y Peláez, 2013).
- Económica de asistencia personal (Art. 19), su objetivo es contribuir a la contratación de una asistencia personal, que facilitara el acceso a la educación y al trabajo de la persona dependiente. Siendo esta una de las prestaciones más integradora, no ha tenido el recorrido esperado; sólo un 0,55% de de las personas beneficiarias disfrutaban de esta asistencia a 28 de febrero de 2017 (IMSERSO, 2017).

SITUACIÓN ACTUAL TRAS UNA DÉCADA DE GESTIÓN DE LA LEY: IMPACTO SOCIAL

Según los datos disponibles en IMSERSO (2017)¹², referidos a 31 de enero de 2017, el perfil de las personas beneficiarias está configurado en un 66 % por mujeres y un 34 % de hombres. En cuanto a la edad, el porcentaje mayor de personas beneficiarias se concentra en los tramos de 65 a 69 (17,66 %) y más de 80 (54,45%); esto es, el 72,11 % corresponde a personas mayores de 65 años.

Si hay un hecho significativo en la valoración tras diez años de existencia de la LAPAD, es el de la confirmación del desigual desarrollo en función de los territorios. Precisamente en uno de los primeros análisis que podemos hacer, es el ligado al factor tasa de cobertura, así, encontramos una amplia horquilla que va desde el 3,88% de la población total siendo beneficiaria del sistema en la Comunidad de Castilla y León, hasta el exiguo 0,80% de Canarias, situándose la media nacional en un 1,88% sobre el total de población. Evidentemente, factores ligados a la estructura demográfica de la población explican en parte estas diferencias, que en cualquier caso no dejan de ser significativas, aunque dichas diferencias no son nuevas (Jiménez-Martin, S., Vilaplana, C. y Andrea, A., 2016).

También evidencia ese desequilibrio el balance servicios-prestaciones entre las modalidades de atención asignadas a las personas beneficiarias. Según IMSERSO (2017), referido a 31 de enero de 2017, mientras que en Las Islas Baleares los servicios sólo se están prestando en un 24,30% de los casos de atención a las personas dependientes detectándose una predominancia de prestaciones, en el extremo opuesto se situarían Madrid (73,37%) o La Rioja (70,23%), comunidades en las que la atención a través de servicios es manifiestamente superior a la de prestaciones; en ambos casos por encima de la media que está fijada en un 56,85% y 43,15% respectivamente. Significativa ha sido la evolución, de manera positiva, respecto del peso específico de la prestación para cuidados en el entorno familiar. Efectivamente, mientras que en 2009 el 51,16% del total de prestaciones concedidas correspondían a prestaciones para cuidados en el entorno familiar, en diciembre de 2013 el porcentaje había bajado casi ocho puntos, hasta alcanzar el 43,21% en dicho periodo y finalmente 36,51% en octubre de 2015 (Jiménez-Martin, S., Vilaplana, C. y Andrea, A., 2016, p.7). Los últimos datos disponibles de enero 2017 confirman la tendencia al situar la media estatal en el 34,08%; Baleares es la comunidad con mayor porcentaje de esta modalidad de prestaciones (70,39%) y

¹² Información estadística del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia SAAD a 31 de Enero de 2017. Disponible en http://www.dependencia.imserso.es/dependencia_01/info_d/index.htm. (Fecha de acceso: 19/04/2017).

Madrid se sitúa en el extremo opuesto (17,17%) (IMSERSO, 2017). Aún con esta mejora, la situación es poco sostenible a medio y largo plazo debido a la escasez de cuidadores informales potenciales (Jiménez-Martin, S., Vilaplana, C. y Andrea, A., 2016, p. 7).

No se pueden dejar de exponer algunas cuestiones que, entendemos, han tenido un impacto en el desarrollo de esta década. Probablemente la más significativa sea el recorte en el contenido de ese derecho subjetivo que preconizaba el artículo 1. Vía revisiones mediante “Real Decreto”¹³ se han ido introduciendo modificaciones que han incidido en la disminución de la intensidad de las prestaciones reconocidas o la ampliación de plazos para resolver por parte de la administración, lo que invariablemente ha significado pérdida de derechos y coberturas. Asimismo, se utilizó este rango normativo para “expulsar” de la Seguridad Social a las personas que estaban ejerciendo de cuidadoras no profesionales –como ya se expuso, una de las modalidades de prestación– al no asumir la administración las aportaciones a la Seguridad Social en el Régimen Especial en el que se las encuadraba.

En general, los dos principales decretos de reestructuración del sistema han tenido un impacto sustancial, aunque diverso, en el conjunto de comunidades españolas. Por ejemplo, en el último año, si bien el número de personas con derecho a prestación creció en todas las comunidades, en algunas lo hizo con más intensidad. Por ejemplo, en Murcia aumentó un 2% mientras que en País Vasco se incrementó casi un 50%. Tal y como hemos señalado, no existe hasta el momento evidencia directa que explique estas disparidades, lo que implica que cada comunidad actúa con un importante grado de discrecionalidad (Jiménez-Martin, S., Vilaplana, C. y Andrea, A., 2016, p. 8).

Otra consecuencia bien significativa es la relacionada con el copago de los servicios por parte de las personas dependientes beneficiarias de la LAPAD; el Consejo Económico y Social de España en un reciente informe sobre políticas públicas para combatir la pobreza en España constata que el 14% del coste asumido por los beneficiarios con anterioridad a las reformas operadas en 2012, se ha transformado en la mitad de la carga, de tal suerte que acaben siendo las rentas medias y bajas las más afectadas proporcionalmente. En este sentido, el principio de equidad que rige la norma de creación del sistema se ve afectado, con consecuencias desfavorables para quienes disponen de menos recursos económicos (Consejo Económico y So-

¹³ Especialmente cabe citar el: RD-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria u de fomento de la competitividad y RD 1051/2013, de 27 de diciembre, por el que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y la Dependencia, modificado posteriormente por el RD 291/2015 de 17 de abril.

cial de España, 2017, p.10). También hay que remarcar cómo la gestión de la Ley se ha revelado más eficaz y eficiente en aquellas Comunidades Autónomas que la encajaron en la estructura autonómica y Local de Servicios Sociales (Lima. 2016)¹⁴.

Otro factor consustancial a la implantación de la Ley ha sido la existencia permanente de personas solicitantes en espera de que les fuera valorada su situación de dependencia y con posterioridad resuelto el derecho a las prestaciones correspondientes que les pudieran corresponder. Esta circunstancia ha conllevado la muerte de personas mientras esperaban ser atendidas por el Sistema Público. Es socialmente inasumible el número de personas pendientes de recibir prestación en relación al número total de personas beneficiarias. La media nacional se sitúa en un 28,12 % , siendo las comunidades autónomas de Canarias (43,81%), Cataluña (39,39%) y Andalucía (36,13%) las que presentan una situación más deficitaria, mientras que Melilla (5,36%), Ceuta (3,67%) y Castilla La Mancha (1,45%) se sitúan en el extremo opuesto (IMSERSO, 2017). En cualquier caso, lo que se pone de manifiesto es la

incapacidad del sistema para dar cobertura efectiva a la población dependiente, lo que se manifiesta en una lista de espera de carácter ya estructural que avoca al desamparo a muchas personas en situación de vulnerabilidad, máxime si la situación económica del hogar es precaria (Consejo Económico y Social de España, 2017, p.109)

Respecto al cuidado en el entorno familiar, asumido tradicionalmente por mujeres, se observa que son éstas las que han continuado ejerciendo de soporte en las familias; basta constatar que, según datos de la Tesorería General de la Seguridad Social (IMSERSO, 2017) del total de cuidadores no profesionales de personas en situación de dependencia acogidos a convenio especial a 28 de febrero de 2017 (9.546), el 89,15% son mujeres. Por tanto, estamos ante una ley en la que se atiende en un 66% a mujeres y que cuando esa atención se plantea en su extremo más vulnerable (prestaciones de cuidados no profesionales en el entorno familiar), son mujeres las que mantienen el cuidado sin el apoyo en la cobertura de contingencias que sería de recibo. Además, es significativa también la feminización y también precarización del empleo en el resto de servicios: ayuda a domicilio y centros residenciales y de día.

¹⁴ Disponible en: <https://www.cgtrabajosocial.es/noticias/7-claves-para-entender-por-que-la-ley-de-dependencia-no-funciona/4105/view> (Fecha de acceso: 19/04/2017).

5. CONCLUSIONES

Aún siendo joven, el Sistema de Servicios Sociales cuenta con una trayectoria que le confiere cierta madurez y debe abandonar definitivamente la caridad y el asistencialismo y apostar por los derechos y la profesionalización. A pesar de lo anterior, se están produciendo “retrocesos” en la consolidación del sistema, destacando la aprobación de la *Ley 27/2013, de 27 de diciembre, de racionalización y sostenibilidad de la Administración Local* que determinó que las competencias municipales en asistencia social serían “impropias” en municipios de menos de 20.000 habitantes, substituyendo los servicios sociales por una única prestación consistente en la: “*Evaluación, información, orientación y asesoramiento de situaciones de necesidad social y atención a situaciones de emergencia social*”.

Ante esta situación, profesionales del sistema, así como investigaciones y expertos (Cantó, 2010; Alguacil, 2012; Vilà, 2014; Pastor-Seller y Sánchez, 2014) denunciaron el falaz argumento de la ineludible necesidad de reducir los presupuestos de los sistemas públicos de protección social, en especial el de Servicios sociales, y muy en particular, los servicios sociales comunitarios de ámbito local (Lima, 2015). Diferentes estudios (Pastor-Seller, 2015; Pastor-Seller y Sánchez, 2016; Verde-Diego, 2016, entre otros) alertaron de los riesgos que implicaría el desmantelamiento del sistema en un momento de intenso impacto de la crisis con la pérdida de garantía de servicios y prestaciones en los sectores más vulnerables de la sociedad, como demostraban importantes investigaciones (Laparra y Pérez, 2012; FOESSA 2013; CÁRITAS, 2014; Martínez Virto, 2014; Lima 2014, 2015b).

En realidad, las políticas de austeridad se están usando como un instrumento del neoliberalismo característico del gobierno de España en estos momentos. La austeridad descapitaliza el sistema público, privatizando y mercantilizando los derechos sociales de ciudadanía garantizados por el sistema que acaban por acudir “a la iniciativa de organizaciones no gubernamentales para conseguir que las personas puedan cubrir sus necesidades de subsistencia más básica a través de prestaciones en especie”, esto es, retornando a prácticas caritativas del período preconstitucional (Pastor-Seller y Sánchez, 2014). Destacar que en el *II Informe ISSE* se constata que el 73% de los trabajadores y trabajadoras sociales de Servicios Sociales consideran que si se aplicara la “ley de racionalización de la Administración Local” tendría, efectos negativos en las personas con las que trabajan, es por ello que tiene un rechazo mayoritario por que traería un mayor alejamiento de los servicios a la ciudadanía (74%), un descenso de la calidad en los mismos (71%) y un empeoramiento de los derechos sociales a la ciudadanía (Lima, 2015b). Fi-

nalmente, la fuerte resistencia de los profesionales del sistema y el masivo rechazo ciudadano han provocado una moratoria en la implantación de este aspecto de la "ley de racionalización de la administración local".

La crisis económica de los últimos años ha servido para poner de manifiesto las fortalezas (compromiso de los profesionales, acierto en la prestación desde la cercanía, etc.), pero también para evidenciar las carencias planteadas desde la propia definición del objeto del sistema; la escasa garantía de derechos, el complejo entramado burocrático en algunos casos, el peso de la decisión política en detrimento de la prescripción técnica, el dilema acompañamiento *versus* control... En este estado de cosas, desde diversas instituciones se comienzan a plantear en los últimos años la necesidad de abordar un análisis del sistema desde la reflexión crítica: administraciones autonómicas y la organización colegial a nivel estatal especialmente. El Sistema público de Servicios sociales se concibe como instrumento de garantía y satisfacción de los derechos sociales subjetivos de la ciudadanía, siendo de este modo, la mejor herramienta para alcanzar la justicia social que caracteriza un Estado social y democrático de derecho. La universalización del Sistema lo configura como el *V Pilar del Estado de Bienestar* (junto al sistema educativo, el de salud y el de empleo) no desarrollado todavía plenamente (Casado, 2010; Vilà, 2012).

6. BIBLIOGRAFÍA

- ALEMÁN, M^a. C. (1991). *El sistema público de Servicios Sociales en España*. Granada: Impredisur.
- ALGUACIL, J. (2012). *La quiebra del incompleto sistema de Servicios Sociales en España*. *Cuadernos de Trabajo Social*, 25 (1), 63-74.
- CANTÓ, O (2010). El impacto de la crisis económica sobre los hogares más desfavorecidos. *Revista española del Tercer Sector*, 15, 67-89.
- CARITAS (2014). *La fractura social se ensancha. Precariedad y cohesión social*. Boletín de Análisis y Perspectivas. Madrid: Cáritas.
- CERDEIRA GUTIÉRREZ, I. (1987). Los servicios sociales del franquismo a la Constitución. *Cuadernos de Trabajo Social*, 0, 134-159.
- CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL DE ESPAÑA (2017). *Informe sobre Políticas Públicas para combatir la pobreza en España*. Madrid: CES (Pleno 25/01/2017).
- ESPAÑA (1978). *Constitución Española*. Boletín Oficial del Estado, 311, de 29 de diciembre de 1978, pp. 29313-29339.
- ESPAÑA (2006). *Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia*. Boletín Oficial del Estado, 199, de 15/12/2006, 44142- 44156 <https://www.boe.es/boe/dias/2006/12/15/pdfs/A44142-44156.pdf>

- FERNÁNDEZ A. y PELÁEZ E. (Coord.) (2013) *Trabajo Social. Intervención profesional en autonomía y dependencia*. Almería: Colegio Oficial de Trabajo Social de Almería.
- FOESSA (2013). *Desigualdad y derechos sociales. Análisis y perspectivas*. Madrid: Cáritas. Disponible en http://www.caritas.es/noticias_tags_noticialInfo.aspx?Id=6475
- GARCÉS, J. (1992). *Administración Social Pública. Bases para el estudio de los Servicios Sociales*. Valencia: Tirant lo Blanch.
- GUTIERREZ, A. (1993). *Caritas Española en la sociedad del bienestar 1942-1990*. Barcelona: Hacer.
- JIMÉNEZ-MARTIN, S., VILAPLANA, C. y ANDREA, A., (2016). *Informe 2016. Observatorio de la dependencia*. Estudios sobre la Economía Española 2016/5. Madrid: FEDEA.
- LAPARRA, M. y PÉREZ, B. (2010). *El primer impacto de la crisis en la cohesión social en España*. Madrid: FOESSA y CARITAS.
- LAPARRA, M. y PÉREZ B. (Coords.) (2012). *Crisis y fractura Social en Europa. Causas y efectos en España*. Barcelona: Obra Social La Caixa.
- LAS HERAS, P. (2000). *La construcción histórica de una profesión*. En VV.AA. *Pasado, presente y futuro del Trabajo social* (pp.15-82). Madrid: Publicaciones de la UPCO.
- LIMA, A. (2011). *Trabajo social, un análisis para la acción*. Madrid: Consejo General del Trabajo Social.
- LIMA, A. (Coord.) (2014). *I Informe sobre los Servicios sociales en España*. Madrid: Consejo General del Trabajo social.
- LIMA, A. (2015a). La lucha contra la falacia: los y las trabajadores/as sociales sabemos que el desarrollo humano no está reñido con el desarrollo económico. *Servicios Sociales y Política Social*, Vol. XXXII (108), 21-44.
- LIMA, A. (Coord.) (2015b). *II Informe sobre los Servicios sociales en España*. Madrid: Consejo General del Trabajo social.
- LIMA A., VERDE-DIEGO, C., y PASTOR SELLER, E. (2016). El trabajo social en los servicios sociales en España. En E. Pastor. & L. Cano-Soriano, (Eds.), *Políticas e intervenciones sociales ante los procesos de vulnerabilidad y exclusión de personas y territorios: un análisis comparado México-España*. (pp. 173-187). México - Madrid: Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y Dykinson.
- LÓPEZ, J. y RENES, V. (2011). Los efectos de la crisis en los hogares: nivel de integración y exclusión social. *Papeles de relaciones ecosociales y cambio global*, 113, 189-199.
- MARTÍNEZ VIRTO (2014). *Crisis en familia: síntomas de agotamiento de la solidaridad familiar. VII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España*. Madrid: FOESSA y CARITAS.
- MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD (2013). *Catálogo de referencia de servicios sociales*. Aprobado por Acuerdo en el Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la

- Dependencia, en fecha 16 de enero de 2013. (pp. 1-41). Disponible en <https://www.msssi.gob.es/ssi/familiasInfancia/docs/catalogoRefServSociales.pdf>
- PASTOR-SELLER, E. (2012). Gobernanza de los Servicios Sociales municipales: dar voz y salida a las aspiraciones ciudadanas. *Cuadernos de Trabajo Social*, 25(1), 143-148.
- PASTOR-SELLER, E. y SÁNCHEZ MILLAN, M. (2014). Analysis and Impact of the Economic Crisis and Regulatory Changes in the Needs and Benefits System Municipal Social Services: Analysis Case of Murcia-Spain. *Revista de Cercetare si Interventie Sociala*, 47, 7-31.
- PASTOR-SELLER, E. (2015). Efectos de la crisis económica en las políticas de bienestar social en el medio rural. *Revista Brasileira de Gestão y Desenvolvimento Regional*, 11 (1), 135-158.
- PASTOR-SELLER, E. y SÁNCHEZ, M. (2016). Estudio del impacto y efectos de la crisis económica en las políticas de protección social del ámbito local en España. *Soc. estado*, 31 (1), 189-209.
- PASTOR-SELLER, E. (2017). Mechanisms for participation in the public system of social services in Spain: opportunities for the development of social work with a citizenist approach. *European Journal of Social Work*, 20(3), 441-458 DOI: 10.1080/13691457.2017.1283588.
- SABATER, J. (1989). Configuración y crisis del Estado de Bienestar. En VV.AA. *Trabajo Social* (pp.215-225). Barcelona: EUTS.
- SANTAOLALLA, F. (1991). Exposiciones de motivos de las leyes: motivos para su eliminación. *Revista Española de Derecho Constitucional*, 33, 47-64.
- VERDE-DIEGO, C. (2016). El trabajo social ante los Servicios sociales en contextos postbienestaristas. En M. de Martino y V. Giorgi (Comp.) *Miradas iberoamericanas sobre prácticas profesionales en el campo familiar* (pp. 99-133). Montevideo (Uruguay): EPPAL.
- VILÀ A. (2014). La reforma local y su impacto en los servicios sociales. *Servicios Sociales y Política Social*, Vol. XXXI (106), 25-47.

MUCHOS, OCUPADOS Y BENEFICIARIOS PARA TODA LA VIDA: POLÍTICAS SOCIALES, SOCIABILIDADES Y SENSIBILIDADES EN ARGENTINA

Angélica De Sena

Profesora Universidad de Buenos Aires; USAL. Investigadora del Instituto de Investigaciones Gino Germani, FCS- UBA y del Centro de Estudios e Investigaciones Sociológicas (CIES), Directora de la Revista Latinoamericana de Metodología de la Investigación Social.

Sumario: Políticas sociales y sensibilidades. Décadas recibiendo un programa social y construyendo sensibilidades: “masividad”, “cobertura de por vida”, “intergeneracionalidad”, “ocupabilidad. Algunas reflexiones a modo de apertura de discusiones. Bibliografía.

Resumen: Las políticas sociales están en íntima relación con el Estado de Bienestar, los regímenes políticos y las formas de la estructura social. Desde su configuración contemporánea las aludidas políticas implican la aceptación de alguna modalidad entre capital y trabajo. El diseño e implementación de las mismas moldean la cuestión social y por lo tanto elaboran sociabilidades y sensibilidades. El Siglo XXI ha impactado en el universo social incorporando modificaciones y cambios en las relaciones humanas, en las interacciones sociales, en el mercado laboral y por ende en la forma de intervención social que llevan a una redefinición del *bienestar*. El presente capítulo se propone revisar las sensibilidades que configuran los programas sociales en Argentina implementados en las últimas décadas con el objeto de invitar a reflexionar en torno a las estructuraciones que las políticas sociales del S. XXI constituyen. El escrito se concentra en hacer evidentes cuatro efectos de dichas políticas: la “masividad”, la “ocupabilidad”, la “intergeneracionalidad” y la “cobertura de por vida”. Así los efectos complejos y contradictorios de las políticas sociales nos muestran a un número masivo de sujetos asistidos desde su nacimiento, a terceras generaciones de “beneficiarios” y a personas –esencialmente mujeres– “ocupadas” en gestionar sus Planes.

Conceptos centrales: Políticas Sociales- Ocupabilidad-Masividad- Intergeneracionalidad-.

1. POLÍTICAS SOCIALES Y SENSIBILIDADES

Referirse a las Políticas Sociales significa implicarse en un debate en donde desde su definición, convoca múltiples miradas y por lo tanto abordajes. Desde

hace algunos años desde el *Grupo de Estudios sobre Políticas Sociales y Emociones* (GEPSE¹), hemos iniciado una apuesta inaugural hacia una sociología de las políticas sociales (PS) analizadas desde y a través de las sensibilidades; que busca contribuir, al estudio y la comprensión de los mecanismos de estructuración en el capitalismo actual, particularmente en el caso argentino. Ello a partir de intentar conjugar una mirada de las PS y de cómo éstas construyen, y consolidan formas de ser, hacer, pensar, sentir, que estructuran cuerpos y emociones en los sujetos. La propuesta es el estudio de las PS procurando una triple convergencia entre: análisis sociológico de las mismas, indagación desde y de las sensibilidades que producen e investigación desde su diseño, gestión y ejecución. En este contexto nos ocupamos de los cruces y articulaciones entre las redefiniciones de la “cuestión social”, de las elaboraciones de políticas sociales en el marco de los procesos de regulación estatal de los conflictos entre capital y trabajo, de las sensibilidades necesarias y deseadas para que ello ocurra y las *políticas* de los cuerpos que implican.

Analizar las PS nos lleva a recordar que, los Estados Modernos se fundan en la idea de igualdad y libertad pero, el proceso de acumulación capitalista es constitutivo de la desigualdad estructural y la dependencia que resulta de la subordinación del trabajo al capital, exponiendo conflictos y tensiones en torno a la distribución de la riqueza y las oportunidades (Grassi, 2003, Oszalk, 1997). De este modo, entonces, las intervenciones de dichos Estados se ubican en el esfuerzo de lograr la cohesión social y ello alude a atender las “fallas” típicas del sistema capitalista en relación al mercado. En este sentido, las PS resultan intervenciones del Estado como modo de morigerar los procesos de desigualdad y expulsión generados en la estructuración de una sociedad basada en la mercantilización de la vida y los quiebres conflictuales que deben ser subsanados sistémicamente. Los modos de “atender” los problemas sociales, entre los que se ubican aquellos referidos a la salud, educación, vivienda, situaciones de pobreza, en las últimas décadas se han sumado el desempleo (Grassi, 2003; De Sena, 2011); condensan las posibilidades de nominar, significar y hacer, en tanto prácticas que performan lo social. Por lo tanto tienen la capacidad de construir realidades. Los Estados, entonces en tanto gestor de la resolución de dichos problemas, consolida un ordenamiento y una geometría de los cuerpos (sensu Scribano) que ubica a “algunos” de los miembros de una sociedad en la posición de “asistidos”, “ayudados”, “población objetivo”, “beneficiarios” (sólo por mencionar algunas de las denominaciones ofrecidas por los destinatarios y los profesionales del diseño y gestión de los programas sociales),

¹ <http://gepse-cies.blogspot.com.ar/>

es decir un modo de estructurar las sociedades. Por ello, la cuestión social (sensu Castel) se relaciona con la integración social. En este sentido, emprender un análisis de las PS implica situarlo dentro del modo de acumulación vigente, de modo de explicitar su vinculación con los procesos de estructuración social.

El Estado se constituye en un actor (y en un ámbito) en la definición, producción y reproducción de los problemas sociales, en la delimitación de sus responsabilidades, en la enunciación de los sujetos merecedores de sus intervenciones y de las condiciones para ello. Por lo tanto, las PS tienen un lugar central en la definición de las características que tendrá el proceso de producción y reproducción social en un contexto histórico determinado, generando las condiciones para ello y elaborando sociabilidades, al actuar sobre y ser resultado de los modelos de estructuración y acumulación social. Al mismo tiempo dichas PS, operan sobre los aspectos simbólicos de la vida y también sobre aquellos asociados a lo cognitivo-afectivo; y al hacerlo instituyen y reproducen (provocando, imponiendo y/o anulando, reprimiendo) ciertas imágenes, modelos y estereotipos de sociedad, de sujeto, de mujer, de trabajo, de familia, de emociones, etc., configurando así estructuras de sensibilidades (De Sena, 2014, Scribano y De Sena, 2013) que afectan las formas de vivenciar(se) de los sujetos intervenidos (Scribano, 2010).

Partimos de considerar una relación entre los sujetos y el Estado, en tanto este diseña intervenciones sociales se establece un tipo de vínculo e interacción con quienes son/serán los destinatarios de las mismas. Cada uno con sus intereses. El Estado configura un modo de sociabilidad, que acentúa aspectos tales como la alegría, la vivacidad, la felicidad, la cordialidad, la amabilidad; inscriptas en cada contexto histórico que otorga un tipo de experiencia vital, elabora un modo de interacción e intercambios (Simmel, 2002). En tanto, la Sociología de las emociones sitúa en el centro de la reflexión sociológica la vida emocional entendiendo que los sentimientos y afectos forman parte de un proceso constructivo, en el que la esfera de lo emotivo está permanentemente atravesada por una enorme racionalidad que es “activada” por el individuo como actor social, y por los grandes dispositivos ideológicos e institucionales en los que descansa el orden social (Luna Zamora, 2000). Las emociones al conectarse con las sensaciones como su base y resultado son estados corporales y el cuerpo implica un conjunto de procesos perceptivos de los cuales depende para que pueda designarse como tal en sus múltiples estados, entonces regulan conductas y promueven las actitudes esperadas según el orden social (Scribano, 2012). Por ello, las intervenciones sociales, elaboran formas de ser y hacer que lleva hacia la constitución de sensibilidades sociales.

Desde estas miradas sociológicas de las PS, analizaremos en los puntos siguientes, a partir de los hallazgos de las investigaciones realizadas en los últimos 7 años, algunas sensibilidades y formas de sociabilidad (sin pretensiones de exhaustividad) que vienen construyendo la implementación continua de los programas sociales en poblaciones determinadas como vulnerables, en el Gran Buenos Aires y la Ciudad de Buenos Aires. Entre los hallazgos observamos que existe una población que a lo largo de las décadas no deja de ser vulnerable y asistida a través de un programa social, al principio con modificaciones de denominación de la intervención y/o de la prestación y en la última década con continuidad de los Programas de Transferencias Condicionadas de Ingresos (PTCI). Consolidándose una trayectoria de Plan en Plan y una “cobertura de por vida”, a ello dado el aumento de personas en situación de pobreza, también se acrecentó la cantidad de personas bajo algún programa de carácter masivo, dando paso a la “masividad”. Un tercer elemento a consecuencia de esto es el pasaje de programas de una generación a otra (de madres o padres a hijas/os y nietos/as) dada la continuidad de la situación de pobreza en el hogar: la “intergeneracionalidad”. Todo ello a través de décadas. Finalmente, y como modo de acolchonar el conflicto sostener ocupado al sujeto “ayudado”² por algún programa, instalándose como objeto primordial de las PS la “ocupabilidad”.

2. DÉCADAS RECIBIENDO UN PROGRAMA SOCIAL Y CONSTRUYENDO SENSIBILIDADES: “MASIVIDAD”, “COBERTURA DE POR VIDA”, “INTERGENERACIONALIDAD”, “OCUPABILIDAD”

A partir de lo expuesto en el punto anterior, intentaremos realizar una revisión de las intervenciones del Estado en poblaciones vulnerables, considerando las distancias entre lo que se dice y lo que se hace, entre lo que se escribe y lo que se ejecuta, entre lo que se narra y lo que se vive, en las últimas décadas en Argentina. Para ello, es menester recordar que en el contexto de los años ochenta, de crisis estructural y aumento de la pobreza, se inician acciones contrapuestas al modelo de intervención conocido como Estado de Bienestar y se implementaron programas de asistencia a los más necesitados. En ellos, se evidencian al menos dos grandes características: por un lado se fueron instalando con mayor énfasis las propuestas

² La noción de “ayuda” deviene de las entrevistas realizadas en el marco de las diversas investigaciones, en donde las personas destinatarias de los diversos programas mencionan que los mismos “son una ayuda”.

a favor de “focalizar” o “enfocar” el gasto social en las poblaciones pobres, ello en contraposición a la “universalidad”; generando la disyuntiva entre *políticas universales o focalizadas*. La focalización proviene esencialmente de los organismos multilaterales de crédito, preponderantemente del Banco Mundial, quien argumentó que para reducir la pobreza era necesario el diseño de programas bien focalizados (Sojo, 1990, 2003), entonces propuso centrarse en los sectores vulnerables. De este modo, se espera que haya una concentración del gasto público y una restricción de la acción del Estado, provocando una privatización relativa de la política social. En contraposición a la universalidad en donde el Estado debe garantizar de manera efectiva los derechos básicos, distribuyendo los recursos disponibles entre todos los ciudadanos, sin perjuicio de que recupere, por la vía tributaria directa, fondos provenientes de quienes tienen mayores ingresos (De Sena, 2011). Por otro lado, las mujeres van ocupando un papel central y se instalan dos conceptos que comenzaran a recorrer los diseños de los programas sociales: la descentralización y lo comunitario (Goren, 2001).

En los años ‘90, se profundizan estas modalidades de política social orientadas focalmente hacia las emergentes y plurales situaciones de pobreza con diversas redefiniciones de los sujetos de intervención que ellas implicaban. Así se instalan el predominio de los planes asistencialistas y surgen los programas que atienden al desempleo como una cuestión *sociolaboral o socioproductiva*³. Ya en el nuevo Siglo comienza a circular fuertemente la idea de políticas sociales inclusivas y masivas (Arroyo, 2006, Clemente 2005, Documentos Institucionales MDS), ocluyendo la discusión sobre la universalidad o focalización. La *masividad* primero y luego como políticas *universalizables* refieren a lo opuesto a iniciativas aisladas y pequeñas. El primer programa de carácter masivo se crea en 1996 y es de transferencia de ingresos: el Plan Trabajar (Rozenwurcel, y Vázquez, 2008), le siguieron otros, y; luego a partir de la crisis en 2001/2002 el Plan Jefes y Jefas de Hogar Desocupados (PJJHD) fue uno de los programas emblemáticos respecto a la masividad alcanzando los 2 millones de beneficiarios de acuerdo a la información oficial (Documento Institucional MDS 2006, 2005). En este camino también hallamos⁴ la Asignación Universal por Hijos (AUH) en el orden nacional, creada en octubre del año 2009, a través del Decreto N° 1602/09, se incorpora al Régimen de Asig-

³ En este camino se va ampliando la terminología *socio* como modo de denominar intervenciones del Estado con objetivos positivos (Ver De Sena, Angélica, 2014 “Notas sobre lo social como ámbito de debates no cerrados”).

⁴ Entre uno y otro hubo otras formas de intervención social, tales como el Programas Familias por la Inclusión Social, con financiamiento internacional.

naciones Familiares establecido por la Ley 24.714 de 1957, como su tercer pilar y es implementada por la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES), quien está facultada de dictar las normas pertinentes para la implementación operativa, supervisión, control y pago de las prestaciones. El objetivo de la misma es, atender la situación de aquellos menores pertenecientes a grupos familiares que no se encuentren amparados por el Régimen de Asignaciones Familiares, como modo de inclusión a los sectores postergados y reducir la infantilización y feminización de la pobreza (ANSES, 2012, 2013). En los considerandos del decreto se enfatiza que dicha intervención no garantiza la salida de la pobreza de sus beneficiarios, aunque pueda resultar un paliativo importante (Díaz Langou, Potenza Dal Masetto, Fortez, 2010). En el año 2011 se extiende a las embarazos, de modo que, pasa a ubicarse como una de las políticas sociales con mayor relevancia por un lado por la fuerte presencia en la escena pública, y por otro el número de familias bajo su cobertura y el porcentaje del PBI que involucra (Cena, 2013). En el 2013 se establece como únicas titulares las mujeres madres o tutoras de los niños, las niñas o adolescentes, luego en el 2016 se “prioriza a la mamá” (ANSES, 2017). La AUH está destinada a aquellas personas que se encuentran desocupadas, en la economía informal con ingresos iguales o inferiores al Salario Mínimo, Vital y Móvil, empleados del servicio doméstico y monotributistas sociales⁵. Otro elemento relevantes es que, se instala como universal pero dadas sus características y la propia definición del ANSES, se encuentra dentro de los Programas de Transferencias Condicionadas de Ingresos⁶.

⁵ El Monotributo Social es una categoría tributaria permanente, creada con el objeto de facilitar y promover la incorporación a la economía formal de aquellas personas en situación de vulnerabilidad, excluidas de los sistemas impositivos y de los circuitos económicos. A partir del reconocimiento de sus actividades y de su inclusión como contribuyentes, están en condiciones de emitir facturas oficiales, acceden a las prestaciones de las obras sociales del Sistema Nacional de Salud tanto para sí como para sus familias, y realizan aportes jubilatorios. (AFIP).

⁶ Es menester considerar que para algunas autoras la AUH no resulta un PTCI (Pautassi, Arcidiácono, Straschnoy, 2013 entre otros), en tanto Repetto y Dalmasetto (2011) consideran que se integra a los Programas de Transferencias Condicionadas. En este escrito consideramos que es un PTCI por cuatro motivos. En primer termino, por el rol de la mujer, se evidencia que este tipo de política social conlleva una visión maternalista que considera a las madres como corresponsables junto con el Estado en la consecución de ciertos objetivos sociales, como la superación de la pobreza, al igual que los implementados en el resto de América Latina (tales como el Bolsa Familia en Brasil, Progresía en México, Juntos en Perú) y también en el orden mundial. En segundo lugar en tanto es resultado de un decreto de Necesidad y Urgencia. En tercero termino resulta una intervención de corte focalizada y masiva dados los criterios de selección de los beneficiarios y las beneficiarias. Y en cuarto y último lugar, atendiendo que la ANSES se afirma: “La AUH presenta las características de un conjunto de programas conocidos como de Transferencias Monetarias Condicionadas, cuyas modalidades de pago se ajustan al cumplimiento por parte de los padres de ciertos requisitos que actúan como incentivos

En esta línea, en la Ciudad de Buenos Aires (CABA) encontramos el Programa Ciudadanía Porteña-*Con todo derecho*⁷ (CP) que inicia en el año 2005 y el Programa Ticket Social, en el año 2008 dependientes del Ministerio de Desarrollo Social de la Ciudad de Buenos Aires, que se consideran PTCL. De acuerdo a la información de Estadísticas y Censos de la Ciudad de Buenos Aires, para el año 2012, el promedio mensual de familias beneficiarias del Programa CP fueron de 63.589; del Programa Ticket Social 30.588. En tanto según cifras oficiales, la cantidad de beneficiarios de la AUH alcanza aproximadamente 3.600.000 (ANSES, 2017). En los tres casos se evidencia que no se trata de intervenciones universales, sino de carácter masivo.

Es menester considerar que entre los significados más fuertes que producen estas intervenciones se halla el ingreso “masivo” de una cohorte de –esencialmente– mujeres a programas sociales. Bajo el eufemismo de “lo masivo” o “universalizable”, se maquilla que no es para todos, se aleja la discusión de la focalización o universalidad, dejando la clara evidencia de la necesidad de “atender a mayor cantidad de personas en situación de vulnerabilidad, clausurando la discusión de cómo salir de la “situación de vulnerabilidad”. Estas intervenciones, conducen hacia la reestructuración y redefinición en el ámbito de los derechos sociales mediante desarrollos normativos de carácter remercantizador, instalando nuevas formas de focalización y naturalización de las situaciones de pobreza. Dichas decisiones conlleva un cambio en la concepción de las PS y configura una determinada estructura social. Para muchas no para todos y –esencialmente– mujeres.

Entrevista A: *Acá en el barrio todos tenemos un plan, nos tiran esto para dejarnos tranquilos* (Mujer, 44 años del Gran Buenos Aires).

Entrevista B: *Sí, tienen, muchas amigas* [Refiere al CP]. *Y así, vecinas también...* (Mujer, 38 años de la CABA).

Dicha masividad, llevo a una amplia proliferación de intervenciones a través de subsidios consolidados como una modalidad de políticas para “mitigar” las múltiples forma vulnerabilidad de una persona, de modo tal que un sujeto se convierte en asistido y subsidiado a lo largo de todo el ciclo vital. A modo de ejemplo revi-

para la inversión en el capital humano de sus hijos (fundamentalmente, educación y salud)” (ANSES, 2012:20).

⁷ Brinda un subsidio mensual con el objeto de mejorar el ingreso de los hogares en situación de pobreza o indigencia, a través de una tarjeta magnética precargada emitida por el Banco Ciudad y Cabal, que se utiliza únicamente para la adquisición de alimentos, productos de limpieza e higiene personal, útiles escolares y combustible para cocinar, y está condicionado al cumplimiento por parte de los hogares beneficiarios de obligaciones en educación y salud (GCABA).

saremos, listaremos los programas que entregan algún tipo de subsidio en dinero a personas y/o hogares en situación de vulnerabilidad y residentes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

En primer término, hallamos dos programas el CP, que se menciono anteriormente, fue creado por la Ley 1878 de la Legislatura de la CABA con el objetivo de *disminuir los niveles de desigualdad*, enfatizando su accionar en aquellos con mayor vulnerabilidad social debido a la presencia de mujeres embarazadas, menores de 18 años, personas con necesidades especiales, y adultos mayores. La titular del beneficio es la mujer del hogar, sea ésta la jefa o cónyuge del jefe de hogar, Su complemento *Red Primeros meses*, se implementa desde el año 2013, con el objetivo de acompañar a las madres desde el embarazo y a los chicos recién nacidos hasta el primer año de vida y promover el desarrollo de embarazos y bebés saludables (CABA, 2017).

A ello se suma, desde el año 2008 para aquellos hogares que aun no accedieron al CP, el Programa *Ticket Social*. Este programa se otorga mientras se realizan los trámites para su inscripción al CP, a fin de que el hogar pueda percibir el subsidio para paliar la emergencia y evitar que las personas se queden sin cobertura.

Ahora bien, para los y las jóvenes que alcanzan los 18 años y que ya no los cubre el CP, en ese mismo año, comenzó a implementarse el subprograma *Estudiar es Trabajar*. El mismo, está destinado a los y las jóvenes de 18 a 40 años a través de un subsidio mensual –adicional al que reciben los hogares– con el objeto que continúen sus estudios, cualquiera sea el nivel.

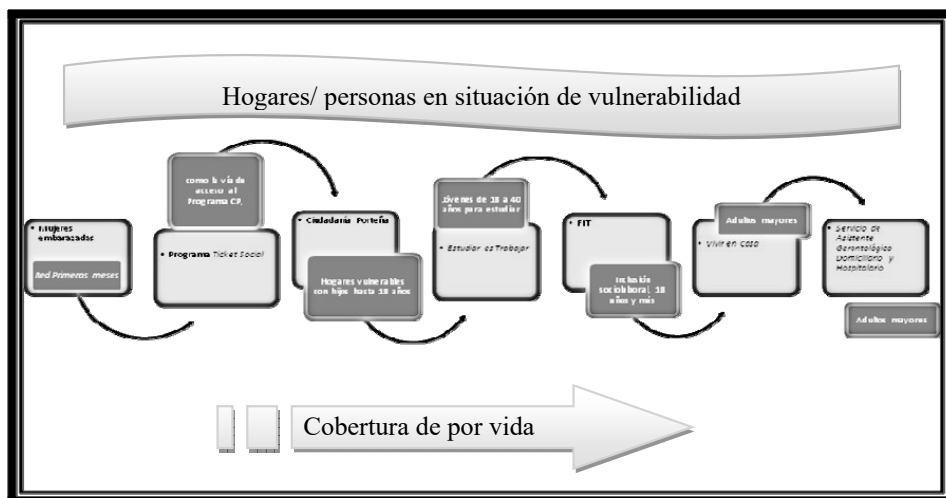
Paralelamente se halla, el Programa *Formación e Inclusión para el Trabajo* (FIT), que tiene como objetivo la inclusión sociolaboral de las personas mayores de 18 años en situación de pobreza y con problemáticas de empleo (que pueden ser beneficiarias de otros programas tales como alimentarios, CP), ofrece cursos de formación laboral y una beca mensual en concepto de apoyo económico no remunerativo.

Y, para adultos mayores se halla el *Programa Vivir en Casa* que otorga una transferencia monetaria aplicable a la estabilidad del alojamiento sostenible en el tiempo. Por último en este recorrido del ciclo vital desde el embarazo hasta el adulto mayor, se encuentra el Programa *Servicio de Asistente Gerontológico Domiciliario y Hospitalario*⁸, destinado a personas de 60 años o más, en situación de pobreza y/o vulnerabilidad social, con o sin familia, que requieren ayuda en su domicilio para

⁸ En estos últimos tres programas es discutible si forman parte del universo de los PTCI, en este recorrido decidimos incluirlo en tanto su prestación es en dinero.

mantener o restablecer su bienestar físico, social y afectivo y/o para realizar actividades elementales de la vida diaria. El servicio otorga un subsidio bajo la forma de horas de asistencia gerontológica domiciliaria.

Grafico 1. PTCI en la Ciudad de Buenos Aires destinados a hogares vulnerables a lo largo del ciclo vital.



Parafraseando al *Reporte Beveridge* que sostenía la necesidad de asegurar la construcción de la protección social pensada para todo el ciclo de vida del ciudadano y por ello definiendo la seguridad *de la cuna a la tumba*; en el gráfico anterior es posible observar como en el Siglo XXI ese recorrido es con un subsidio. El Estado actual como modo de intervenir sobre las situaciones de pobreza lo hace asegurando un subsidio en todo el trayecto vital del sujeto. La multiplicidad de programas evidencian una trama de intervenciones estatales en formato subsidios que busca cubrir todo el ciclo de vida de los sujetos, desde el embarazo, pasando por los primeros meses, adolescencia, adultez llegando a los adultos mayores, en donde siempre se encuentra una persona subsidiada.

En este mismo sentido se infiere la trayectoria de una persona que pasa de un plan a otro, iniciando un recorrido como beneficiarias (dado que en el caso de los PTCI son esencialmente mujeres) de diversas formas de intervención del Estado. A su vez indicando, el propio Estado, a sus hijas/os a convertirse en el próximo subsidio que le corresponde a su ciclo de vida.

Entrevista C: *El plan Barrio. Yo soy la tercera camada...* (Mujer, 25 años del Gran Buenos Aires)

Entrevista D: *.. entonces bueno viste ahora ... mi mamá me quiere hacer ahora a mí viste por el tema del bebé* (Mujer embarazada, 16 años del Gran Buenos Aires)

Entrevista E: *Sí, Ciudadanía la tengo por mi mamá porque vivimos en la misma casa, y yo tengo Estudiar es Trabajar. [...] a mí me dijeron que me inscriba por el hecho que mi mamá cobraba el Ciudadanía, y como yo ya iba a cumplir los 18 años y estaba estudiando dijeron que me anote y vine y me anoté.* (Mujer 18 años, una hija, percibe Estudiar es Trabajar y su mamá el CP)

Entrevista F: *Esto lo tengo desde hace ya, te digo la verdad, tengo, desde el principio, ya hace 16 años. Bastante, lo vengo siguiendo desde que daban papeles, después daban así, no me acuerdo como se llamaba, pero te venía el monto, 10 pesos, 20 pesos. Después cambiaron a la tarjeta. Y desde entonces tengo hasta ahora ya hace 16 años, porque mi hijo más chico era bebé y ahora va a cumplir 17 en julio.* [Refiere al CP] (mujer 42 años de CABA)

Los testimonios anteriores permiten observar varios elementos que consideraremos como modo de modelar, performar y elaborar una sensibilidad en tanto beneficiaria de un programa social: a) en esta estructura social el programa, el subsidio, es una herencia que pasa de madres a hijas/os. En ellas se registra una objetivación/naturalización y cierta racionalidad instrumental respecto a poseer un programa social. b) Un hogar varios programas, como se observaba en el Gráfico 1, en cada momento de la vida hay un subsidio. c) La vida se mide en Planes⁹. En tanto, es menester destacar que en la entrevista F, realizada en el año 2015, la entrevistada mide el tiempo que recibe el CP según a la edad de su hijo: 16 años; pero el Programa, para ese momento, tenía 10 años de existencia. Ello nos permite inferir que habría otro programa anterior, como advertimos en otros casos, pero para la entrevistada recibir un subsidio es parte de la vida, un siempre así más allá del nombre que recibe el Programa de turno. Es decir recibir una ayuda en forma de subsidio de por vida, y la intergeneracionalidad, de madres a hijas/os y nietos/as.

Los múltiples formatos de programas de atención a las situaciones de pobreza cuenta siempre con una contraprestación, condicionalidad¹⁰, una “tarea” o “actividad” que debe realizar la persona que lo recibe. Por un lado esto puede deberse a la necesidad de “tranquilizar” a los sectores medios y altos no receptores de dichos programas, que son contribuyentes y por tanto de modo solidario permiten una

⁹ Tomamos la denominación *Planes* tal como emerge del trabajo de campo.

¹⁰ No desconocemos la distinción de los conceptos que en este escrito no se desarrollan dado los objetivos del mismo.

erogación por parte del Estado. Pero también nos interrogamos respecto a estas múltiples facetas de “hacer algo”.

Simmel ([1908] 1977), recuerda que el pobre no es un sujeto inerte, un mero receptor de ayuda sino que también ofrece algo a la sociedad, esto permite a uno seguir recibiendo y a otro seguir dando, estableciéndose cierto vínculo e interacción social. De este modo se trama una relación en la que se hacen necesarios y por tanto no va hacia la modificación de la situación inicial del que recibe sino hacia su mantenimiento, “el dar, recibir y retribuir una pista ‘universal’ de la constitución del lazo social” (Scribano, 2014: 77).

Las distintas intervenciones estatales, están presentes a lo largo del ciclo vital de los *sujeto vulnerables* pero para ello deben realizar algo que los lleva a estar “ocupadas”. Es decir que se conjugan al menos dos elementos, merecer el programa por alcanzar alguna condición (generalmente de pobreza/ vulnerabilidad/ exclusión) y realizar alguna actividad para seguir recibéndolo. Continuando con los PTCI, revisaremos algunos testimonios

Entrevista G: *Mi mamá estaba en el Plan...Hay no me acuerdo como se llamaba. Era el de 150 pesos [...]*

¿Y tenía que hacer algún trabajo?

No. A lo primero, sí. Tenían que hacer un curso, o...limpiar en algunos lados y eso... (mujer, 25 años, de Gran Buenos Aires)

Entrevista H: *Mira, presentar todos los controles de salud. Tiene que estar todo al día.* [Refiere a Red Primeros meses]

¿Y tenés que venir acá a traerlo? [Refiere a la Oficina Pública]

Sí, cada tres meses al año creo.

¿Te informaron recién cuáles son los controles que tenés que presentar?

Si me dijeron que le pida al doctor un certificado y lo traiga acá del último control, todo al día. (Mujer, 28 años de CABA)

Estos son algunos ejemplos para considerar la importancia de que las personas estén “haciendo algo”, las intervenciones públicas deben garantizar que *llenen el tiempo*: “tengo que llevar el certificado”, “tengo que ir a hacer el curso”, “tengo que ir pedir el certificado”, “tengo que ir a llevar el último control”. De modo que estas *renovadas* estrategias de intervención social llevan hacia políticas sociales de *activación* como modo de estructuración del Estado social, en relación a un modelo caracterizado por las condicionalidades impuestas y mínimos subsidios para la asistencia, como modo de “ayuda”. Entonces se construye la *subsidiariedad* que asegure la *ocupabilidad* de las personas beneficiarias, configurándose una morfología del hacer.

3. ALGUNAS REFLEXIONES A MODO DE APERTURA DE DISCUSIONES

La economía y la política, sin dudas han influido decisivamente en las “re adaptaciones” de los programas sociales a los nuevos escenarios pos crisis del fin del Siglo XX en su re estructuración práctica y política del aparato económico, de las burocracias de la administración pública y de los servicios sociales que lleva a una redefinición de los Estados de Bienestar y seguramente también a qué es el *bienestar* en el Siglo XXI.

Este escrito tiene por objeto revisar la implementación de las PS desde la perspectiva de la sociología de los cuerpos/emociones, intentando revisar las estructuras sociales que las mismas significan. A lo largo de varios años de investigaciones, hemos hallado cuatro grandes sensibilidades asociadas a las PS. La vieja noción del Reporte Beveridge en el que mencionaba un plan de seguridad social concebido como la garantía de una protección completa: *de la cuna a la tumba*, se reactualiza con subsidios para paliar la situación de pobreza, que aseguran que el hogar y/o sujeto quede atado a ella. La amplitud de hogares y personas en situación de pobreza lleva a consolidar:

- a) la “masividad” de subsidios,
- b) la “cobertura de por vida” bajo un subsidio,
- c) la “intergeneracionalidad” del subsidio,
- d) la “ocupabilidad” para recibir el subsidio.

Estos subsidios se constituyen en un elemento personal que no hace otra cosa más que *aliviar* necesidades individuales. La vida se vive de “ayuda en ayuda” como un pasaje de un subsidio a otro en donde el anterior marca el próximo y como un destino irreversible que cierra y se abre en una mera ayuda. La trayectoria de éstas “beneficiarias” de un programa social, generan una herencia de capital social de inequidad y pobreza. La asistencia estatal está presente desde la gestación de la persona (el embarazo) hasta su adultez, constituyéndose en beneficiarios/as permanentes. Podemos entonces señalar cómo desde la intervención estatal se conforma un sujeto que no abandona su condición de beneficiario/a y perdura en el tiempo pudiendo transitar de un Programa a otro.

Una vez más afirmamos que, el Estado es un actor clave en la definición, producción y reproducción de los problemas sociales y en sus formas de diseñar y gestionar soluciones, y por ello las políticas sociales operan sobre los distintos

aspectos de la vida, elaborando mecanismos de soportabilidad social y dispositivos de regulación de las sensaciones y en donde se van estructurando un conjunto de prácticas hechas cuerpo que orientan (Scribano, 2010, 2012) el ser beneficiario/a y subsidiado/a o subsidiada desplazando al ciudadano. De este modo estamos en condiciones de referir a un sujeto atado a formas de subsidios desde antes de nacer configurándose el “subsidiario” (Scribano, 2015). Al mismo tiempo que se trata la *inclusión*, se construye el modo de exclusión, sosteniéndolo como subsidiado a lo largo del tiempo.

4. BIBLIOGRAFÍA

- ANSES (2012), *La asignación universal por hijo para protección social en perspectiva. La política pública como restauradora de derechos*. Observatorio de la Seguridad Social, Administración Nacional de Seguridad Social. Buenos Aires, Argentina.
- ANSES (2013). *Asignación Universal por Hijo para Protección Social. Decreto 1602/09*. Boletín cuatrimestral. I Cuatrimestre 2013. Observatorio de la Seguridad Social, Administración Nacional de Seguridad Social. Buenos Aires, Argentina.
- ARROYO, D. (2006). *La política social ante los nuevos desafíos de las políticas públicas*. Centro de Documentación en Políticas Sociales. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Documento N° 36. Disponible en http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/des_social/documentos/documentos/36.pdf.
- CENA, R. (2013). “Políticas Sociales desde un abordaje combinado: el caso de la Asignación Universal por Hijo para Protección Social”. En XI *Congreso Nacional de Ciencia Política. La política en movimiento. Estados, Democracias y Diversidades Regionales*. Entre Ríos, Argentina.
- CLEMENTE, A. (2005). “Pobreza y Políticas socioproductivas. Consideraciones sobre los procesos de integración social en tiempos de crisis”. Cuaderno *Políticas Socioproductivas para el Desarrollo Local*. Ministerio de Desarrollo Social- Instituto Internacional de Medio Ambiente y Desarrollo IIED-AL. Buenos Aires.
- DE SENA, A. (2011). “Promoción de Microemprendimientos y políticas sociales: ¿Universalidad, Focalización o Masividad?, una discusión no acabada”. *Revista Pensamento Plural*. Instituto de Sociología e Política. Mestrado em Ciências Sociais. Universidade Federal de Pelotas. 4 (8), 36-66.
- DE SENA, A. (Ed.) (2014). *Las políticas hechas cuerpo y lo social devenido emoción: lecturas sociológicas de las políticas sociales*. Estudios Sociológicos Editora/Universitas. Editorial Científica Universitaria. Buenos Aires-Córdoba. Disponible en <http://estudiossociologicos.org/portal/lecturas-sociologicas-de-las-politicas/>
- DE SENA, A. (Dir.) (2016). *Del Ingreso Universal a las “transferencias condicionadas”, itinerarios sinuosos*. ESEditora. Buenos Aires. Disponible en <http://estudiossociolo->

- gicos.org/-descargas/eseditora/del-ingreso-universal-a-las-transferencias-condicionadas/del-ingreso-universal-a-las-transferencias-condicionadas.pdf
- DÍAZ LANGOU, G.; POTENZA DAL MASETTO, F. y FORTEZ, P. (2010). *Los principales programas nacionales de protección social. Estudio sobre los efectos de las variables político-institucionales en la gestión*. Documento Número 45. CIPPEC. Buenos Aires.
- GOREN, N. (2001). “Una aproximación a un programa de empleo: el caso del Programa Servicios Comunitarios”, *Sociologías*. 3(5), 190-213.
- GRASSI, E. (2003). *Políticas y problemas sociales en la sociedad neoliberal. La otra década infame*. Espacio editorial. Buenos Aires.
- LUNA, R. (2000). “Introducción a la Sociología de las Emociones”. *Revista Universidad de Guadalajara*, 8.
- MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL DE LA NACIÓN (2005). *Plan Nacional de Desarrollo Local y Economía Social Manos a la Obra*. Documento Institucional. Cuaderno 2. Buenos Aires Argentina.
- MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL DE LA NACIÓN (2006). *Lineamientos de Políticas Sociales*. Documento Institucional. Buenos Aires, Argentina.
- OSZLAK, O. (1997). “Estado y sociedad: ¿nuevas reglas de juego?”, en *Reforma y democracia*. 9.
- OSLAK, O. y O’DONNELL, G. (1976). *Estado y Políticas Estatales en América Latina: Hacia una Estrategia de Investigación*, Doc. CEDES/G. E. CLACSO N° 4.
- ROZENWURCEL, G. y VÁZQUEZ, C. (2008). “Argentina modelo XXI: inestabilidad macroeconómica, empobrecimiento sostenido y políticas sociales”, en Cruces, G.; Moreno, J.; Ringold, D.; Rofman, R. (Edit.) *Los programas sociales en Argentina hacia el Bicentenario*. Banco Mundial. Buenos Aires.
- SCRIBANO, A. y DE SENA, A. (2013). “Los Planes de asistencia social en Buenos Aires: una mirada desde las políticas de los cuerpos y las emociones”, *Aposta Revista de Ciencias Sociales*. Madrid. <http://www.apostadigital.com/index.php>. 59.
- SCRIBANO, A. (2010). “Primero hay que saber sufrir... !!!Hacia una sociología de la ‘espera’ como mecanismo de soportabilidad social”. En Scribano, Adrián y Lisdero Pedro (comp.) *Sensibilidades en juego: miradas múltiples desde los estudios sociales de los cuerpos y las emociones*. CEA. Unidad Ejecutora Universidad Nacional de Córdoba. Córdoba.
- SCRIBANO, A. (2012). “Sociología de los cuerpos/emociones” en *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad – RELACES*. 10 (4). 91-111. Disponible en <http://www.relaces.com.ar/index.php/relaces/article/view/224>
- SCRIBANO, A. (2014). “El don: entre las prácticas intersticiales y el solidarismo”. *Sociologías*, 16 (36), 74-103.
- SCRIBANO, A. (2015). “Una aproximación al estado de las sensibilidades en Argentina desde la(s) Política(s) de la Perversión”, en, Sánchez Aguirre, Rafael (comp.) *Sentidos*

y sensibilidades: exploraciones sociológicas sobre cuerpos/emociones. ESEditora. Pp. 141-162. Buenos Aires Disponible en http://estudiosociologicos.org/-descargas/eseditora/sentidos-y-sensibilidades_rafael-sanchez-aguirre/sentidos-y-sensibilidades_rafael-sanchez-aguirre_comp.pdf

SIMMEL, G. ([1908] 1977). “El pobre”. *Sociología. Estudios sobre las formas de socialización*. Revista de Occidente, Madrid.

SIMMEL, G. (2002) *Sobre la individualidad y las formas sociales*. UNQUI: Buenos Aires.

SOJO, A. (1990). “Naturaleza y selectividad de la política social”. *Revista CEPAL*. 41.

SOJO, A. (2003). “Vulnerabilidad social, aseguramiento y diversificación de riesgos en América Latina y el Caribe”. *Revista de la CEPAL* 80. 121-140.

Web visitadas

<http://www.anses.gob.ar/prestacion/asignacion-universal-por-hijo-92>

<http://www.buenosaires.gob.ar/desarrollosocial/ciudadaniaportena/programa-ciudadania-portena>

<http://www.buenosaires.gob.ar/desarrollohumanoyhabitat/ciudadaniaportena/programa-ciudadania-portena>

https://www.afip.gob.ar/educacion/encuentro/espacio_trabajo_monosoc.html

<https://www.estadisticaciudad.gob.ar/opsis/verIndice.php?areaId=5&start=0&order=clave>

AVANCES Y DESAFÍOS EN LA PROTECCIÓN SOCIAL DE LA INFANCIA EN EL SIGLO XXI: LOS CASOS DE ARGENTINA Y ESPAÑA EN PERSPECTIVA COMPARADA

Antonia Picornell-Lucas

Profesora Titular Universidad. Departamento del Derecho del Trabajo y Trabajo Social. Universidad de Salamanca (España) toi@usal.es

Erika Roffler

Investigadora Centro de Estudios de la Ciudad (CEC). Universidad de Buenos Aires (Argentina). erikaroffler@gmail.com

Sumario: Introducción. Algunas notas conceptuales sobre la protección social y los derechos de la infancia y adolescencia. El caso de España. El caso de Argentina. A modo de reflexiones finales transversales. Bibliografía.

Resumen: Desde la sanción de la Convención de los Derechos del Niño (CDN), ha sido creciente tema de la agenda del desarrollo tanto en Europa como en América Latina la promoción de los derechos de niñas, niños y adolescentes así como la adopción de medidas y políticas de los Estados nacionales que articulen diversas dimensiones del bienestar de las personas menores de edad. Este avance conceptual y normativo internacional ha instalado una nueva perspectiva respecto de los derechos de niñas, niños y adolescentes (NNyA) y de las obligaciones que competen a los Estados, las familias y la propia sociedad en su consecución. En este contexto, los países avanzaron en la sanción de legislaciones nacionales y subnacionales y en la construcción de una institucionalidad específica, proceso en el que se amalgaman dimensiones normativas, políticas, institucionales y técnicas en el marco de los específicos contextos sociopolíticos y económicos de cada país. El presente artículo analiza de modo comparado los casos de Argentina y España en cuanto a los principales avances en la construcción de la protección social de niñas, niños y adolescentes en dichos países, dando cuenta de las múltiples dimensiones que confluyen en esos procesos. El trabajo pretende destacar puntos de encuentro y diferencias de los casos nacionales analizados (Argentina y España) dando cuenta de la complejidad de la coordinación de distintos niveles de gobierno, aspecto que comparten ambos países.

Conceptos centrales: Protección social, Derechos de la Infancia, Territorio, Institucionalidad.

1. INTRODUCCIÓN

La protección social a la infancia ha experimentado importantes cambios a nivel mundial como consecuencia de una serie de transformaciones sociales y políticas que inciden en la noción de infancia y en la protección de sus derechos. Las representaciones sociales actuales sobre la infancia se han ido modificando a lo largo de la historia. No es hasta épocas recientes que adquiere la condición de categoría social y se posiciona como un tema en la agenda de los actores internacionales, de la sociedad civil y de los gobiernos. Este cambio de paradigma ha estado relacionado con las transformaciones de los sistemas sociales y del *Welfare State* (Estado de Bienestar), principalmente en los países europeos, donde se fueron configurando modelos de protección social para hacer frente a los riesgos producidos en la sociedad.

Por su parte, la región latinoamericana, a diferencia de los países europeos, no desarrolló una base perdurable de bienestar socioeconómico de su población, definiéndose una versión latinoamericana de Estado de Bienestar de relativo avance en cuanto a la cobertura de las prestaciones, en la que se destacaron países como Uruguay, Argentina y Chile hasta los años '70 (Filgueira, 2007). Posteriormente, la crisis iniciada en esa década significó el desmembramiento de la cobertura universal de seguros y prestaciones sociales como de instituciones laborales reemplazada por un nuevo modelo de intervención social de corte neoliberal en los países latinoamericanos y, en menor medida, en los países de Europa.

En este contexto de debate sobre los alcances del bienestar, pero también de restricciones en el rol otorgado al Estado en la protección social, es en el que Argentina y España sancionan la CDN en el año 1990. Los países avanzaron en la sanción de legislaciones nacionales y subnacionales y en la construcción de una institucionalidad específica, proceso en el que se amalgaman dimensiones normativas, políticas, institucionales y técnicas en el marco de los específicos contextos sociopolíticos y económicos de cada país.

El presente artículo –de análisis comparado– presenta una serie de reflexiones de los casos de Argentina y España en cuanto a la construcción de la institucionalidad de la protección de NNyA en dichos países, dando cuenta de las múltiples dimensiones que confluyen en esos procesos. El documento analiza puntos de encuentro y diferencias de los casos nacionales seleccionados así como retos comunes para la consolidación de dichos sistemas en el futuro inmediato.

2. ALGUNAS NOTAS CONCEPTUALES SOBRE LA PROTECCIÓN SOCIAL Y LOS DERECHOS DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

La discusión académica y política de los últimos años respecto de los desafíos y alcances de la protección social ha visibilizado la noción del cuidado y de los derechos de NNyA. Este concepto reconoce tanto aquellos derechos vinculados con el mundo del trabajo (seguridad social, trabajo decente y protección contra el desempleo) como el derecho a un nivel de vida adecuado para los individuos y las familias, que pueda asegurar la salud, la educación y el bienestar. En este debate, CEPAL (2006) ha hecho una contribución muy significativa desde el enfoque de derechos humanos, ubicando la protección social en el marco de derechos exigibles.

En relación a la infancia, como se ha señalado, con la sanción de la Convención de los Derechos del Niño (CDN) a nivel mundial se ha avanzado en la visibilización de los derechos de los NNyA en tanto sujetos de derecho, a la vez que resulta ser un instrumento para la protección y promoción de esos derechos que, paulatinamente, debe ser incorporado en los marcos normativos e institucionales de los países. La CDN supone un cambio de paradigma en relación a la responsabilidad sobre los niños, su bienestar y sus derechos, incorporando no sólo a las familias, sino al Estado y a la sociedad en general en el compromiso sobre su cumplimiento. Todo ello implicó una serie de reformas de orden normativo, pero también el diseño e implementación de reglas institucionales, políticas públicas y recursos adecuados para el efectivo cumplimiento de estos derechos.

3. EL CASO DE ESPAÑA

En España, y en el resto de países occidentales, el fin de la segunda Guerra Mundial marca el tránsito hacia un Estado de Bienestar más comprometido con los colectivos en situación de exclusión social. Esta garantía pública de los derechos sociales de los ciudadanos se proyecta también hacia la infancia, aunque es a partir de mitad del siglo XX, con la adhesión de España¹ a la CDN, cuando se produce un cambio sustantivo.

¹ Ratificada por España (BOE de 31 de diciembre de 1990), entró en vigor en enero de 1991.

No es hasta 1963, con la construcción de un sistema de seguridad social, y posteriormente con la Constitución Española de 1978 (CE), que se comienza a abandonar la previsión social e introducir reformas encaminadas a la universalización del sistema, no centradas exclusivamente en el mundo laboral sino alcanzando también a la protección social.

El Estado social y democrático de derecho supone un punto de inflexión en la garantía de la protección a los distintos colectivos sociales. Sin embargo, el modelo de protección social dominante durante casi todo el siglo XX, con fuerte influencia religiosa y un gasto público social escaso, a pesar de cuestionar el paternalismo, siguió orientándose hacia una dimensión de subsistencia de los ciudadanos y, paralelamente, de los niños.

Asumidas por los poderes públicos obligaciones constitucionales (art. 39.4 CE), y con el propósito de abandonar los comportamientos benéficos, se promueven una década después una serie de transformaciones sociales en favor de la protección a la infancia. Esta primacía del interés del menor –aunque específicamente en los casos de adopción o acogimiento– y la importancia otorgada a las entidades públicas en su protección se recogen en la Ley 21/1987, de 11 de noviembre, por la que se modifican determinados artículos del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil en materia de adopción.

La vertebración territorial de España en diecisiete sistemas político-administrativos –comunidades autónomas (CCAA)– significó la descentralización de algunas competencias estatales, entre ellas la de la asistencia social (art. 148.1.20 CE) y, dentro de este ámbito competencial, la protección y tutela de la infancia ante situaciones de riesgo o desamparo, así como la configuración de una estructura orgánica y legislativa para garantizar su operatividad. Esto se tradujo en que, desde los recién creados sistemas públicos de servicios sociales de cada una de estas unidades territoriales, comenzaran a gestionarse políticas de infancia –marcos normativos autonómicos, procesos organizacionales, instrumentos de gestión, prestaciones, etc.– sin un modelo homogéneo; manifestado inicialmente en la diferente terminología empleada para tal facultad competencial en cada uno de los estatutos de autonomía (Ravetllat, 2015).

No obstante, con independencia de la diversidad de modelos de atención y protección a la infancia en España, es preciso subrayar que comienza a prestarse especial atención al desarrollo integral de la infancia, centrándose el debate en la 'normalización' sobre la 'especialización' (Casas, 1998); procurando a los niños una garantía de permanencia con una familia frente a las prácticas institucionalizadoras, que suponen un obstáculo para el ejercicio de sus derechos. Esto debe

interpretarse como una transformación importante hacia el reconocimiento de un paradigma de derechos, en virtud del cual la intervención social no debía de ser solo protectora, sino también promotora de condiciones de equidad y facilitadora de la participación activa de todos los NNyA.

Este aumento de la sensibilidad social y el especial interés por el bienestar infantil, enfatizado por la CDN en su artículo 3.1 sobre el interés superior del niño, da lugar a que España reconsidere adaptar su normativa a la realidad internacional con el objetivo de garantizar una protección más completa de los derechos de la infancia. Dicho compromiso se muestra en la Ley Orgánica 1/96 de Protección Jurídica del Menor, de ámbito nacional. De la misma manera, y en atención a sus competencias, las Comunidades Autónomas van transformando sus marcos jurídicos de protección a la infancia, logrando una mayor coordinación institucional aunque, en algunos casos, la práctica sigue siendo discrecional, sin evidenciarse novedades en los procesos de intervención social y focalizándose en un grupo concreto de niños, los más vulnerables, perdiendo de vista el desarrollo personal y social de los demás niños, los que no están en situación de riesgo.

A pesar del desafío de esta ley, que concibe al niño como un ciudadano activo, las inquietudes de la sociedad por la defensa de los derechos de todos los niños y niñas seguían manifestándose; el compromiso del gobierno por los derechos de la infancia y adolescencia debería proyectarse hacia la provisión de un bienestar para toda la infancia, con políticas sociales universales. Ello supone, años más tarde, la aparición de la LO 26/2015 y la LO 8/2015 del Estado con el propósito de crear un nuevo sistema de atención y protección a la infancia y a la adolescencia aunque, si bien introduce novedades relacionadas con la creación de un sistema de “tratamiento de datos de carácter personal de los menores atendiendo a su interés superior” (art. 22 quáter LO 26/2015), entre otras, no se incorporan los derechos de los niños en los presupuestos públicos². Inversión en infancia que ya había recomendado previamente la Unión Europea (2013/112/UE).

Los convenios y regulaciones normativas internacionales, así como del Consejo de Europa y de la Unión Europea, en progresivo aumento, subrayando la necesidad de la promoción integral del niño, son tomadas en consideración en el debate social y determinan la consolidación de dinámicas organizacionales de atención

² El Comité de los Derechos del Niño, en su Observación general no. 19 (2016) (CRC/C/GC/19) hace hincapié en la obligación que tienen los estados miembros de incorporar en sus presupuestos públicos los derechos de los niños. Por su parte, UNICEF Comité Español (2015) constata una disminución en la inversión pública relacionada con la protección social de NNyA.

y protección a la infancia. Se hace presente una nueva manera de entender los derechos de los niños, incorporándose a las distintas agendas políticas nacionales y autonómicas. De esta manera, se va afianzando una organización y estructura administrativa autonómica, apoyada por la administración local, con equipos profesionales especializados que asumen tal competencia, con una red de centros, recursos, programas y reglamentos, garantistas del bienestar infantil. Cabe destacar el importante rol desempeñado por la sociedad civil –tercer sector y mercantil–, apoyando y complementando las actuaciones públicas, en ocasiones sostenedoras de situaciones de inequidad, e impulsando el incremento de la calidad de los servicios de atención a la infancia³.

Las propuestas innovadoras y los cambios legislativos no consiguen el reconocimiento efectivo de los NNyA como actores, como recogen los arts. 12 y 13 de la CDN y su Observación General nº 12/2009; respuesta que pasa por “poner a disposición estructuras en las que obtengan atención adecuada durante todo el día y en las que se les permita ensayar una vida autónoma y socialmente responsable” (Liebel, 2007:42). Las iniciativas de participación real de los niños españoles siguen siendo escasas a pesar de la implicación del Consejo de Europa (COE) en la garantía de los derechos del niño y en la adaptación de los servicios y sistemas, a través de la estrategia ‘Construir una Europa para y con los niños’ (COM(2006) 367 final)⁴. Diez años después de su puesta en marcha, la evaluación sobre el programa afirma que los padres, profesionales y responsables políticos son más conscientes de los derechos de los NNyA, habiéndose mejorado en la recogida de datos fiables, en los métodos de trabajo transversales con los Estados miembros y en la atención a las opiniones de los NNyA⁵.

Consecuente con las directrices políticas europeas y las observaciones del Comité de los Derechos del Niño, realizadas a España en el año 2002 (CRC/C/15/

³ La iniciativa pionera tuvo lugar en el año 1998, puesta en marcha por la Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil (FAPMI), en colaboración con el Ministerio de Asuntos Sociales, con la publicación: *Manual de la buena práctica para la atención residencial a la infancia y adolescencia*.

⁴ Esta estrategia comunitaria trienal propone modelos, normas y recomendaciones para que los marcos institucionales nacionales elaboren metodologías eficaces en el desarrollo de sistemas amigables para la infancia, en la eliminación de la violencia, en la garantía de los derechos de los niños en situación de vulnerabilidad y en la promoción de la participación. Se trata de un marco que pretende mejorar la cultura de respeto por los derechos de los niños y favorecer la implicación de los gobiernos a adoptar medidas legislativas y administrativas, incorporando los derechos de la infancia como un valor fundamental.

⁵ Report on the Strategy 2012-2015 (CM (2015)174).

Add.185)⁶, entre las que se recomienda reforzar la coordinación entre los organismos públicos nacionales, regionales y locales, entre otras, se elabora el I Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia (I PENIA) (2006-2009)⁷, con la participación de las administraciones públicas, el sector privado y la sociedad civil. Se constata un intento por avanzar en las políticas a favor de la infancia y adolescencia, aunque los objetivos propuestos nunca fueron alcanzados (Pérez, Martínez y Uceda, 2015).

De igual manera, las CCAA progresan en el diseño de planes de infancia y adolescencia, si bien es cierto que en algunos casos vinculados a las políticas de apoyo a la familia –por ejemplo, Canarias, Castilla-La Mancha, Madrid, Valencia –, constatándose una doble moral en la defensa de los derechos de la infancia; esto es, el protagonismo familiar en detrimento de la ciudadanía del niño. Y, además, manifestándose la pluralidad de políticas públicas de infancia existentes en el país, sin una visión uniforme, diseñadas en función de argumentos económicos o tácticos, y cuya consecuencia es la falta de cohesión social, de igualdad de oportunidades para todos los niños, niñas y adolescentes españoles.

A esta ausencia de coordinación entre las políticas estatales y autonómicas se añade otro obstáculo: la crisis económica y financiera mundial, con caída brusca de las tasas de empleo y reducción del crecimiento del PIB. En este contexto, las reformas fiscales y los recortes en gasto social van debilitando la provisión de bienes y servicios públicos relacionados con la protección y atención infantil, aumentando la desigualdad entre los niños en un 5%, situándose España en el puesto 36 de los 41 países analizados de la Unión Europea y la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) (UNICEF, 2016). A nivel interno también existe heterogeneidad en el impacto de la pobreza y exclusión social y en la accesibilidad a los mecanismos de bienestar social infantil, siendo clave el eje territorial norte-sur (EAPN, 2016; FOESSA, 2016).

⁶ La mejora de la coordinación entre la administración central y las autonómicas ha sido una recomendación constante del Comité de los Derechos del Niño a España, como puede verse en las últimas observaciones realizadas en el año 2010 (CRC/C/ESP/CO/3-4).

⁷ La evaluación realizada sobre el I PENIA concluye la necesidad de una mayor comunicación entre los agentes implicados y el establecimiento de indicadores de evaluación de los objetivos y actuaciones. Por esta razón, en el II PENIA (2013-2016) se incluyen unidades de evaluación por cada medida propuesta y una estimación presupuestaria por cada objetivo.

4. EL CASO DE ARGENTINA⁸

Con el comienzo del siglo XXI y hasta el 2006, América Latina vivió un período de crecimiento económico y de mejora en las condiciones de bienestar de su población, previo a la crisis global desencadenada en 2007–2008, conocida como burbuja inmobiliaria (CEPAL, 2006).

En Argentina⁹ se produjo en dicho periodo, y hasta el 2009, una mejora significativa de los indicadores sociales: dicho sostenido del empleo formal, acceso a bienes y servicios para un amplio conjunto de población en situación de desventaja y pobreza, políticas de subsidios y reducción de pobreza, entre otras. Se llevaron adelante mejoras en las prestaciones y cobertura alcanzada de la protección social de las familias desde una perspectiva de derechos humanos, incorporando criterios de universalidad en las principales prestaciones y programas¹⁰. No obstante, en la actualidad persiste en el país una brecha significativa entre los sectores sociales, precariedad laboral y pobreza crítica que afecta a gran parte de la población de los aglomerados urbanos. Un aspecto crucial de este contexto de desigualdad social –característico de la región latinoamericana– refiere a la infantilización de la pobreza, situación que se ha profundizado a pesar de los avances citados¹¹. Ello proporcionó el marco para la discusión y la sanción de la normativa nacional de protección integral en el año 2005: Ley Nacional N° 26.061 de Protección Integral de niñas, niños y adolescentes.

Argentina se había adherido a la CDN en el año 1990, iniciando un cambio paulatino de paradigma en el abordaje de la infancia en el cual el Estado resultaba

⁸ Argentina es un país federal compuesto por tres niveles de gobierno, el Estado Nacional, veintitrés provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y alrededor de 2294 gobiernos locales de muy diversa magnitud poblacional e institucional. La Constitución Nacional define las potestades federales y concurrentes, dejando todo aquel poder residual no especificado a cargo de los gobiernos provinciales, estableciendo que las provincias conservan todas las competencias no delegadas al gobierno federal (INDEC, Censo Nacional de Población y Vivienda, Año 2010).

⁹ En el año 2001-2002 Argentina vivió una profunda crisis socioeconómica y política.

¹⁰ Un análisis de los cambios acontecidos en la política social en Argentina puede verse en Repetto (2014), Arroyo (2009) y Clemente (2014). En particular se destaca la implementación de un ingreso destinado a NNyA cuyos padres no se encuentran en el mercado formal de trabajo: asignación universal por hijo (AUH) y las pensiones no contributivas así como un importante esfuerzo de cobertura en las prestaciones contributivas de la seguridad social y en la creación de puestos de trabajo de calidad, entre otros.

¹¹ Según UNICEF Argentina (2016), el 30% de los NNyA en Argentina vive en condiciones de pobreza, si bien esta probabilidad se incrementa de modo significativo para aquellos que viven en las provincias del norte del país.

el garante de los derechos. No obstante, en el año 2005 es cuando efectivamente se sanciona el marco legal que crea una institucionalidad estatal sectorial para apoyar a las familias en su tarea de proteger y cuidar de NNyA, como la activación de dispositivos administrativos y judiciales cuando éstos –los derechos– se encuentran en situación de vulneración, violación y/o amenaza. Hasta ese momento, en el que se sanciona la Ley Nacional, convivieron las Leyes de Patronato (o Tutelares)¹² y el Régimen Penal Juvenil, con la Ley Nacional N° 23.849 de adhesión a la CDN.

El paradigma de la protección integral expresa un salto cualitativo en la consideración de la infancia. La demora en incorporar efectivamente los criterios y principios de la CDN a la legislación nacional se debió en parte a que el modelo neoliberal propiciado en dicha década –de vaciamiento de las funciones y competencias históricas de protección social– no alentó este tipo de marcos normativos en los que claramente se establecía la responsabilidad estatal en la promoción y protección de los derechos. El entramado tutelar de la ley de patronato basada en la hegemonía del Poder Judicial y las instituciones de cuidado contaba con cierta legitimidad social como el único modelo de intervención frente a la protección de NNyA (Konterllnik y Fracchia, 2015).

La normativa del año 2005 sienta las bases del Sistema de Protección Integral de Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes (SPD) a partir de una idea de protección basada en derechos humanos y en la autonomía progresiva del NNyA, que entra en tensión con el paradigma familiarista¹³ hasta el momento imperante.

Asimismo, la noción de sistema es otro aspecto central en la normativa y que tiene profundas implicaciones en la arquitectura institucional que se debe instaurar como en el proceso de cristalización en la administración pública estatal nacional y subnacional. Si bien esta definición que da la ley nacional sobre el sistema resulta general, abre la posibilidad de definir tanto el organismo específico sectorial como las instancias de coordinación y articulación entre los diversos actores y organismos con responsabilidad en las políticas de infancia y adolescencia, como subconjunto de la protección social en los tres niveles de gobierno: nacional, provincial y local.¹⁴

¹² La Ley Nacional N° 10.903/19 de Patronato (o Ley Agote) instrumentó la aplicación de la doctrina de la situación irregular en Argentina, que judicializaba a la infancia en ‘situación de riesgo’.

¹³ La noción de familiarización/desfamiliarización fue acuñada por Esping Andersen (2002); este autor buscó expresar este aspecto –no considerado inicialmente– en relación con el grado de reducción de la dependencia del individuo respecto de la familia o, inversamente, el aumento de la capacidad de comando del individuo sobre recursos económicos, independientemente de las reciprocidades familiares o conyugales (Draibe y Riesco, 2006).

¹⁴ La normativa establece tres niveles de intervención: nacional, provincial y local y un órgano de coordinación federal entre el nivel nacional y las provincias, denominado Consejo Federal de Niñez,

La sanción de la normativa nacional inició un proceso complejo y escalonado de construcción del sistema de promoción y protección de derechos, lo que implicaba la definición y puesta en marcha de una serie de reformas institucionales y de políticas públicas tanto en el nivel nacional como en los niveles provincial y municipal (en cada una de las 23 jurisdicciones provinciales y a su vez de las provincias con sus municipios).

La noción de sistema implicaba la construcción de una institucionalidad sectorial, tanto a nivel nacional como subnacionales, que diera cuenta de esta perspectiva integral y a su vez tradujera en estructuras organizativas, procedimientos y prácticas institucionales y de equipos técnicos dicha lógica sistémica. Un aspecto complejo de la estructura del mismo se refería a la adopción de medidas excepcionales, que tradicionalmente en el Patronato estuvieron a cargo del Poder Judicial –y que paulatinamente las jurisdicciones provinciales debieron ir tomando como responsabilidad de un área administrativa del Poder Ejecutivo–, así como a procurar la articulación con otros organismos provinciales y/o municipales.

A nivel nacional, se conformó la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (SENNAF), en el marco del Ministerio de Desarrollo Social, sobre la base del antiguo organismo tutelar¹⁵, así como en los gobiernos provinciales y municipales, quienes construyeron su propia identidad e institucionalidad sectorial en un proceso no exento de tensiones. La SENNAF se constituyó como el organismo rector en materia de derechos de infancia y adolescencia promoviendo la creación y fortalecimiento de las áreas especializadas en las provincias a través de la capacitación y la financiación de dispositivos de abordaje de la promoción de los derechos y prevención. En relación a las jurisdicciones provinciales, estas han avanzado de modo heterogéneo. Si bien todas sancionaron la normativa provincial que establece el mencionado sistema¹⁶, las reformas institucionales y el diseño

Adolescencia y Familia Este órgano prevé la articulación y concertación para el diseño, planificación y ejecución de políticas públicas en todo el ámbito del territorio de la República Argentina y se integra por las autoridades de los organismos administrativos de protección de derechos de cada una de las 23 provincias y de la Ciudad de Buenos Aires.

¹⁵ Este organismo denominado Consejo Nacional del Menor y la Familia fue el antecesor de la actual SENNAF y ha sido desmantelado a partir de la sanción de la ley nacional.

¹⁶ Según UNICEF-ADC (2015), la provincia de Formosa no cuenta con una ley de protección integral provincial propia, por lo que se rige por lo dispuesto por la ley de Protección Integral de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes N°. 26.061. Durante el 2012 dicha provincia aprobó el 'Protocolo Interinstitucional para el acceso a la justicia de NNyA víctimas o testigos de violencia'. No obstante, cuenta con una Subsecretaría de Niñez, Adolescencia y Familia que tiene por finalidad la implementación y ejecución de las políticas sociales del Estado para el efectivo cumplimiento y concreción de la justicia social como derecho a la integración, inclusión y promoción de las personas y las familias para

de dispositivos de atención constituye un proceso con resultados diversos como consecuencia de la escasa capacidad técnica de las administraciones provinciales, como también debido a la persistencia de pautas culturales tutelares tradicionales en torno a la infancia y adolescencia, en particular en relación a las familias en contextos de vulnerabilidad social.

El marco normativo constituye un elemento nodal en los procesos de reforma institucional de las reglas de juego del Estado, pero requiere para su efectiva implementación de múltiples reformas en la administración estatal –en las instituciones, procesos, prácticas profesionales y administrativas–. La creación de áreas específicas en las provincias, a partir de la normativa, constituyó un hito inicial, cuando no existían con anterioridad¹⁷. Se conformaron en el marco de las áreas sociales y asumieron el rol de autoridad de aplicación de la normativa con las singularidades e historia institucional propia de cada jurisdicción.

En principio, ello constituye un acierto en el diseño de las estructuras de gobierno, ya que los cursos de acción orientados a la niñez y adolescencia, que paulatinamente van ganando un lugar en la agenda del Estado y de la sociedad, están claramente articulados en el conjunto de la protección social. Estos organismos adquieren una complejidad institucional importante siendo autónomas de las áreas sociales (por ejemplo en Buenos Aires, Salta y en la Ciudad de Buenos Aires, en tanto que, por ejemplo, en Córdoba se encuentra dentro del Ministerio de Justicia de la provincia).

La oferta programática está orientada principalmente a atender y apoyar la atención de casos de vulneración de derechos (acciones y/o programas de acompañamiento de las familias) y en menor medida a la promoción de derechos y/o prevención¹⁸. La producción de información, el monitoreo y evaluación de los

la construcción de una comunidad solidaria y equitativa. Realiza esto a través de la organización, la capacitación y la participación comunitaria.

¹⁷ Es importante señalar que previo a la sanción de la ley nacional en el año 2005 varias provincias habían iniciado un proceso de incorporación de los principios de la CDN en sus políticas y prácticas de intervención frente a situaciones de vulneración de derechos de NNyA. Por ejemplo, en el caso de la provincia de Entre Ríos, Buenos Aires y la ciudad de Rosario (provincia de Santa Fe), entre las principales.

¹⁸ No obstante este grupo se ha ido reduciendo en los últimos años a partir de una estrategia de la SENNAF de trabajar con las jurisdicciones provinciales en la re-vinculación con sus familias de origen. Mientras que en 2011 había 14675 niños y niñas sin cuidados parentales, en el 2014 ese número descendió a 9219. Este año se constató la existencia de 1305 adolescentes y jóvenes en conflicto con la ley penal privados de su libertad, de los cuales 871 tenían menos de 18 años de edad. UNICEF (2012). *Situación de los niños, niñas y adolescentes sin cuidados parentales en la República Argentina*. http://www.unicef.org/argentina/spanish/cuidados_Parentales_final.pdf

programas no constituye una instancia consolidada y la información disponible, solo en algunas provincias se encuentra sistematizada (en este punto la provincia de Buenos Aires y Salta han avanzado sustantivamente).

5. A MODO DE REFLEXIONES FINALES TRANSVERSALES

El estudio pone de manifiesto el compromiso y la responsabilidad de estos dos países en la atención y protección de los NNyA, configurando estructuras institucionales descentralizadas específicas de infancia y adolescencia, si bien la formulación de políticas sociales desde el enfoque de derechos del niño, y vinculadas a su participación y promoción, no acaba de encontrar el impulso efectivo. Los procesos de reforma legislativa y de configuración institucional de los sistemas de atención y protección a la infancia y adolescencia promovidas en los dos países analizados, desde finales del siglo XX y a lo largo de los años del siglo XXI, expresan un interés por facilitar el cumplimiento de la CDN, ratificada por ambos países en el año 1990.

En el caso español, los valores compartidos en la construcción de una política social europea común han marcado la universalidad –mínimos garantizados– y la mayor expansión de los servicios dirigidos a la infancia. Sin embargo, es de destacar que, dentro de los diferentes modelos de estados de bienestar en Europa, el de España es reflejo de la fuerte tradición familiar y religiosa que existe en el país, repercutiendo en la formulación de las políticas públicas de infancia, más residuales que universales y de derechos; si bien se aprecia alguna voluntad desde la sociedad civil organizada.

En cuanto al caso de Argentina, es necesaria la interlocución del paradigma de derechos de la infancia con la perspectiva de género, que visibiliza las desigualdades que operan en el interior de las familias y las necesidades de cuidado, aspectos que forman el núcleo duro de las vulneraciones de derechos de los NNyA. Este diálogo deberá permear los diseños de los programas públicos y de los modelos de intervención social para su efectiva incorporación en las prácticas de los actores.

El fortalecimiento legislativo y administrativo en ambos países ha permitido la ampliación del número de recursos, el desarrollo de metodologías específicas de gestión y una mayor cualificación profesional; aunque la configuración del sistema de atención y protección a la infancia sigue fuertemente relacionado con el cuidado de los NNyA en escenarios de especial vulnerabilidad –discapacidad, maltrato, migración, violencia, etc.–, obviando la formulación de políticas sociales

concretas, de infancia, garantes de la atención integral a los NNyA en su cotidianidad –sanidad, educación, participación, juego, etc.–. Sin perjuicio de los esfuerzos sustantivos realizados por institucionalizar la perspectiva de derechos, tanto en España como en Argentina, el entramado organizativo burocrático y la oferta de programas sociales destinados a los NNyA y a sus familias se caracterizan aún por un enfoque más orientado a la atención de los casos particulares que a la promoción de los derechos en clave de políticas públicas. De ello puede inferirse que esta expansión institucional en la atención y protección a la infancia no implica una garantía en el respeto político por sus derechos, reproduciéndose la visión de una población infantil concreta: los niños en riesgo o desamparo. Se trata de políticas de infancia fragmentadas, con una lógica económica neoliberal (Gaitán, 2014), ligadas a pautas culturales tradicionales subyacentes que rechazan la consideración del niño como ciudadano.

Por otra parte, el contexto de crisis económica mundial, que ha afectado a ambos países, está poniendo de manifiesto la fragilidad e ineficacia de estas políticas públicas de infancia en la garantía de los derechos sociales de los niños, niñas y adolescentes. Las respuestas institucionales a las realidades de pobreza y exclusión social por las que atraviesan los NNyA son divergentes y no logran compensar las deficiencias estructurales originadas en el entorno social. En este contexto de austeridad, muchos niños y niñas se quedan al margen de la protección pública, sin una respuesta adaptada a sus necesidades, sin garantías de bienestar, lo que supone una mayor desigualdad y exclusión social y un retroceso con respecto al avance logrado por cada país en el acceso efectivo a sus derechos.

A ello se suman dificultades propias de los esquemas institucionales descentralizados que, aunque con las especificidades de cada uno de los países, dan cuenta de heterogeneidades territoriales en cuanto a las capacidades de gestión de sus prestaciones y servicios, lo que constituye una restricción importante para el fortalecimiento del sistema a nivel subnacional. Ello ocasiona brechas internas en la atención y protección de los NNyA, producidas por su lugar de residencia: la zona sur en España y las provincias del noreste y noroeste en Argentina, principalmente. Estas diferencias territoriales conllevan mayor vulnerabilidad para algunos NNyA que para otros, sin las mismas oportunidades de acceso a unos recursos adecuados y de calidad, rompiéndose el principio de igualdad y de cohesión social dentro de un mismo país.

En definitiva, se muestra que las políticas sociales de ambos gobiernos, contrariamente a los avances manifestados y responsabilidades asumidas en el campo

de los derechos de la infancia y adolescencia, no se desempeñan desde un enfoque de inclusión social y de derechos humanos; desafío pendiente.

6. BIBLIOGRAFÍA

- ARROYO, D. (2009). *Políticas Sociales: Ideas para un debate necesario*. Buenos Aires: La Crujía.
- CASACIDN (2008). *Qué es un Sistema de Protección Integral de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes*. Buenos Aires: Comité Argentino de Seguimiento y Aplicación de la Convención Internacional de los Derechos del Niño. Recuperado de http://www.casacidn.org.ar/media/uploads/cyclope_old/adjuntos/Casacidn-Cuadernillo.pdf
- CASAS, F. (1998). *Infancia: Perspectivas psicosociales*. Barcelona: Paidós.
- CEPAL (2006). *La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad*. LC/G.2294 (SES.31/3). Santiago de Chile: CEPAL.
- CLEMENTE, A. (2014). Introducción. En A. Clemente (coord.). *Territorios urbanos y pobreza persistente*. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- DRAIBE, S. y RIESCO, M. (2006). *Estado de bienestar, desarrollo económico y ciudadanía: algunas lecciones de la literatura contemporánea*. México: Unidad de Desarrollo Social, CEPAL. Recuperado de http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/4980/S0600625_es.pdf?sequence=1.
- EAPN (2016). *El estado de la pobreza 2009-2015. Seguimiento del indicador de riesgo de pobreza y exclusión social en España*. Madrid: Red europea de lucha contra la pobreza y exclusión social.
- FILGUEIRA, F. (2007). *Cohesión social y arquitectura de protección social en América Latina*. Serie de Políticas Sociales. Santiago de Chile: CEPAL.
- FOESSA (2016). *Análisis y perspectivas 2016: Expulsión social y recuperación económica*. Madrid: Fundación FOESSA.
- GAITÁN, L. (2011). Contexto y marco conceptual: el Estado de Bienestar, las políticas públicas y los derechos de los niños. L. Gaitán, O. Cantó y B. Leyra. *Las políticas públicas y la infancia en España: evolución, impactos y percepciones*, 8-27. Madrid: UNICEF.
- GAITÁN, L. (2014). *De 'menores' a protagonistas*. Barcelona: Impulso a la acción social.
- KONTERLLNIK, I. y FRACCHIA, C. (2015). *Infancia: Transitando nuevos Caminos. Lecturas y propuestas en torno a la ley de protección integral de los derechos de Niñas niños y adolescentes. Un aporte para provincias y municipios*. Buenos Aires: Editorial Biblos.
- LIEBEL, M. (2007). *Entre protección y emancipación. Derechos de la infancia y políticas sociales*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.

- MARSCH, D. y STOKER, G. (1997). *Teoría y Métodos de la Ciencia Política*. Madrid: Alianza Editorial.
- MORLACHETTI, A. (2013). *Sistemas nacionales de protección integral de la infancia: fundamentos jurídicos y estado de aplicación en América Latina y el Caribe*. Serie Documentos de Proyectos. Santiago de Chile: CEPAL.
- PÉREZ, J. V.; MARTÍNEZ, L. y UCEDA, X. (2015). Políticas de atención a la infancia y la adolescencia desde los servicios sociales comunitarios. En J.J. Navarro (coord.). *El marco global de atención al menor*, 77-102. Valencia: Tirant Humanidades.
- RAMOS, L. (2012). Método comparado precisiones y características. *Teoría Política e Historia*, 16. http://www.revcienciapolitica.com.ar/num16art4.php#_edn1
- RAVETLLAT, I. (2015). Competencias autonómicas en materia de atención y protección a la infancia y la adolescencia. *Revista d'estudis autonòmics i federals (REAF)*, 21, 159-201.
- REPETTO, F. (2008). *Notas sobre la protección social: una perspectiva político institucional*. Presentación en el Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento (CIPPEC). Buenos Aires.
- REPETTO, F. (2014). Políticas sociales: una mirada político institucional a sus reformas, desafíos e impactos. En Carlos Acuña (Comp.). *El estado en acción. Fortalezas y debilidades de las políticas sociales en Argentina*, 19-70. Buenos Aires: Siglo XXI Editores - Fundación OSDE.
- UNICEF-ADC: Asociación por los Derechos Civiles (2015). *Guía de recursos para el abordaje y la protección integral de niños y niñas víctimas de delitos o violencia*. Buenos Aires. Provincia de Formosa. https://www.unicef.org/argentina/spanish/PROTECCION_NuevaGuiaFormosa.pdf
- UNICEF Comité Español (2015). *La infancia en los presupuestos*. Barcelona: UNICEF.
- UNICEF (2016). *Equidad para los niños. Una tabla clasificatoria de la desigualdad respecto al bienestar infantil en los países ricos*. Report Card, n° 13. Florencia: Instituto de Investigaciones de UNICEF, Innocenti.
- UNICEF Argentina (2016). *Primera Infancia 2016-2020. Para cada niño, el mejor comienzo*. Buenos Aires: UNICEF.

SISTEMA Y PROGRAMAS SANITARIOS DIRIGIDOS A LA POBLACIÓN PRIVADA DE LIBERTAD EN ESPAÑA

Francisco Caravaca Sánchez

Profesor del Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales. Universidad Pablo de Olavide

Enrique Pastor Seller

Profesor Titular de Universidad. Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales. Universidad de Murcia (España)

Sumario: La salud de las personas en prisión desde una perspectiva internacional. Estrategias internacionales en materia de salud mental en prisión. Principales limitaciones internacionales en materia de salud mental. La salud de la población penitenciaria en España. Normativa y situación penitenciaria en España. Servicios y programas sanitarios en prisión. El problema de la salud mental en las prisiones de España. Estrategias en materia de salud mental en España. Sistema nacional de salud. Talleres sobre hábitos mentales saludables en prisión. Programa de atención integral a enfermos mentales. Perspectivas futuras. Referencias bibliográficas.

Resumen: Durante las últimas dos décadas, la comunidad científica a nivel nacional e internacional ha puesto de manifiesto la elevada prevalencia de trastornos mentales en población penitenciaria, siendo de cuatro a seis veces superior a la encontrada en población general. Aproximadamente un 20% de la población privada de libertad a nivel mundial sufre depresión y/o ansiedad, siendo significativamente superior entre las mujeres, cifras similares a las encontradas en las prisiones de España. En la investigación que se presenta, se muestra la prevalencia de diferentes trastornos mentales en prisión, así como los factores de riesgo asociados a escala nacional e internacional (variables sociodemográficas, consumo de alcohol y otras drogas, etc.). Además, se muestran los diferentes programas y estrategias de prevención que se están aplicando en la actualidad para disminuir esta problemática de salud pública, con especial atención a los aplicados por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias en el sistema penitenciario de España.

Conceptos clave: Prisiones, trastornos mentales, factores de riesgo, prevención.

1. LA SALUD DE LAS PERSONAS EN PRISIÓN DESDE UNA PERSPECTIVA INTERNACIONAL

Según los datos ofrecidos por el “*International Centre for Prison Studies*” (2016) a finales del año 2015, la población penitenciaria mundial era aproximadamente de diez millones de personas, incrementándose en un millón por década. Estados Unidos, con dos millones de personas privadas de libertad, es el país con una mayor población penitenciaria del mundo con una tasa de encarcelamiento de 698 personas por cada 100.000 habitantes, seguido de China (aproximadamente 1,5 millones de personas; 118 personas por cada 100.000 habitantes), Rusia (640,000 personas; 433 por cada 100.000 habitantes) y Brasil (418,000 personas; 316 personas por cada 100.000 habitantes).

La OMS (1999) sistematiza el concepto de salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia”, aplicado en el contexto social donde las personas interactúan con los diferentes factores que afectan a su salud y bienestar. La aplicación de este concepto se dificulta en determinados contextos extraordinariamente complejos y normativos como las prisiones, donde su población puede perder el control bajo determinantes que podrían afectar a su salud (Merino, 2012), o incluso ser la primera oportunidad real para recibir un tratamiento adecuado.

Multitud de investigaciones previas a nivel internacional han puesto de manifiesto diferentes problemas de salud individual y colectivo entre el colectivo penitenciario internacional, destacando elevadas tasas de VIH, hepatitis B y C, tuberculosis (Altice et al., 2016), elevado consumo de drogas (EMCDDA, 2010) o problemas físicos (Wright, 1991). Sin embargo, predominan de manera especialmente significativas diferentes problemas de salud mental (Fazel & Seewald, 2012). Estudios previos han encontrado una elevada prevalencia de trastornos mentales en población penitenciaria en Estados Unidos (Prins, 2014), América del Sur (Mundt et al., 2013), Europa (Priebe et al., 2008) Asia (Assadi et al., 2006) o África (Naidoo & Mkize, 2012), con prevalencias que oscilan de un bajo 10% a un elevado 65%.

Según el meta-análisis llevado a cabo por Fazel y colaboradores (2012), en prisiones de 24 países e involucrando una muestra superior a los 33.000 internos, se estimó una prevalencia general de depresión y de psicosis del 10.2% y 3.6% respectivamente entre los varones y del 14.1% y 3.9% respectivamente entre las mujeres privadas de libertad a nivel mundial.

En las prisiones de Europa (Priebe et al., 2008), se estima que aproximadamente el 25% de su población sufren trastornos de ansiedad y/o depresión, un 5% trastornos psicóticos y además un 40% problemas de salud mental como consecuencia del abuso de alcohol y otras drogas. En el sistema penal de los Estados Unidos, según un meta-análisis previo (Prins, 2014), aproximadamente un 30% sufren depresión aguda, 16% trastorno bipolar y un 7% trastornos de pánico. Además, se observó como del 30% al 50% de las personas con un trastorno mental, han sido arrestados al menos una vez a lo largo de su vida (Fisher & Drake, 2007).

Sin embargo, y a pesar de la elevada representación de personas con diferentes trastornos mentales en prisión, son numerosos los estudios recientes los cuales cuestionan de manera desfavorable la capacidad de diagnóstico y tratamiento de las instituciones penitenciarias a nivel mundial para ofrecer un tratamiento adecuado a este colectivo (Case, Steadman, Dupuis & Morris, 2009). De hecho, algunos países ya han optado por evitar el internamiento penitenciario y optar por otras alternativas de tratamiento y reinserción social más adecuadas e individualizadas para delincuentes con trastornos mentales (Sirotych, 2009).

Por otro lado, otros autores vinculan incluso de manera directa la aparición del trastorno mental como consecuencia del internamiento y la inexistente y/o escasa eficacia de estas instituciones cerradas a nivel europeo en la salud mental de esta población (Priebe et al., 2008). Por consiguiente, delincuentes con trastornos mentales los cuales no reciben un tratamiento adecuado durante el cumplimiento de la pena privativa de libertad, pueden entrar en un hábito de reincidencia tanto delictiva y penitenciaria como de diferentes trastornos mentales (Baillargeon et al., 2010).

Autores previos (David, 1991; Parsonage, 2009) han puesto de manifiesto la inexistencia de una asociación directa entre problemas de salud mental y comisión de actividades delictivas, o bien de prisión y deterioro mental. Sin embargo, insisten en la vinculación directa entre marginalidad social y delincuente. De este modo, cuando un trastorno mental no es abordado de manera eficaz social y sanitariamente, puede acabar manifestándose en una actividad delictiva y posterior ingreso en prisión.

Entre los diferentes factores de riesgo a nivel sociodemográfico que influyen en la aparición de internos con trastorno mental en prisión destacan: historias previas de violencia en el ámbito familiar (Wido, Czaja & Dutton, 2008), violencia física y/o sexual durante la infancia (Wolff & Shi, 2012), experiencias traumáticas previas (McClellan, Farabee & Crouch, 1997) y predominantemente (al igual

que sucede en población general) abuso de alcohol y otras drogas previamente a prisión (Prins, 2014).

Entre el colectivo de personas con trastornos mentales, que a menudo hacen frente a situaciones de pobreza, provienen de familias disfuncionales, sin hogar, tienen problemas físicos de salud, estigmatización o historias previas de consumo de drogas y de victimización (DeHart, Lynch, Belknap, Dass-Brailsford & Green, 2014; Fisher & Drake, 2007). Habitualmente, el contacto con el sistema penal y penitenciario suele exarcebar la situación de marginación social previa, así como interrumpir el tratamiento existente y vinculación con los servicios sociales (Prins, 2014). Sin embargo, en un gran número de ocasiones puede suponer la primera ocasión para recibir un tratamiento acorde a sus problemas de salud mental.

ESTRATEGIAS EN MATERIA DE SALUD MENTAL EN PRISIÓN

Durante la última década, sistemas jurisdiccionales en diferentes países como Australia, Canadá, Reino Unido o Estados Unidos, están ofreciendo alternativas basadas en el tratamiento a delincuentes con trastornos mentales graves en lugar de cumplimiento de penas privativas de libertad (Lattimore, Broner, Sherman, Frisman & Shafer, 2003). Estas iniciativas alternativas actúan bajo la premisa de que aquellos hombres y mujeres con trastornos mentales graves actúan como consecuencia de su problema de salud mental, siendo este el desencadenante de su conducta delictiva, requiriendo por tanto de tratamiento y no de sanciones penales (Boccaccini, Christy, Poythress & Kershawm 2005).

La principal diferencia de estos programas de tratamiento, reside principalmente en el momento de intervención de los servicios de salud mental. De este modo, se distingue entre aquellos que se aplican al individuo que está involucrado en una conducta que podría constituir posteriormente un delito grave (conocidos como *Prebooking Diversion Models*) y los que se imponen posteriormente a ser arrestado o encarcelado (conocidos como *Postbooking Diversion Models*).

Respecto a los primeros (*Prebooking Diversion Models*) destaca el trabajo realizado por Deane y colaboradores (1999) donde se diferencian tres tipos de intervenciones tempranas realizadas por el sistema policial y/o judicial. En un primer modelo, los oficiales de policía (los cuales han recibido formación previa sobre esta problemática) responden a situaciones de emergencia a nivel familiar con estos individuos, actuando como enlace con el sistema de salud mental cuando lo consideren oportuno. En segundo lugar, los profesionales de salud mental forman

parte de los cuerpos policiales para proporcionar consultas in situ y por teléfono a los oficiales sobre el terreno en momentos de crisis y posible derivación. Finalmente, programas de movilidad de ámbito multidisciplinar (psicólogos, trabajadores sociales, etc.) que realizan programas de información y concienciación en áreas y colectivos sociales desfavorecidos.

En función de la segunda modalidad (*Postbooking Diversion Models*) destaca las aportaciones planteadas por Lattimore y colaboradores (2003) quien diferencian dos tipos de actuación principal (posteriormente a la comisión del delito): 1) Programas penitenciarios, el personal funcionario realiza evaluaciones de la salud mental de su población penitenciaria y elaboran un programa de tratamiento para las personas con trastornos mentales, en cooperación con servicios de salud mental comunitarios. 2) Tribunales especializados (Juez, Fiscal y Defensa) en salud mental, quienes una vez recibido formación específica sobre esta problemática, deciden en función de las características de salud mental del delincuente, sobre la posibilidad de suplir la pena de prisión por programas alternativos más eficientes o bien recibir un tratamiento acorde a sus necesidades mentales durante la condena (realizándose un seguimiento posterior para evaluar el progreso logrado).

A estas dos vertientes previas (integradas dentro de los *Postbooking Diversion Models*) debe añadirse una modalidad de tratamiento más reciente orientada a la reinserción social del individuo, mediante programas específicos destinados a incrementar las habilidades sociales y laborales entre aquellos hombres y mujeres que han estado en prisión y que bien aún presentan o han presentado un problema de salud mental significativo (Hartwell & Orr, 1999).

A escala Europea, destacan las recomendaciones generales propuestas por la Oficina Europea de La Organización Mundial de la Salud (WHO, 2008) destinadas a incrementar la calidad de vida y de tratamiento de la población penitenciaria con trastornos mentales, y equiparación a aquellos enfermos mentales que se encuentran fuera de prisión. Entre sus premisas, destacan la necesidad de llevar a cabo medidas destinadas a: incrementar la autonomía de los pacientes, tratamiento multidisciplinar y continuidad y accesibilidad de los cuidados. Estas medidas destinadas a mejorar la calidad asistencial y sanitaria de este colectivo, concuerdan con las recomendaciones previas planteadas por organismos como la Organización Mundial de la Salud (OMS) (World Health Organization, 2005) o la Organización de las Naciones Unidas (United Nations, 1990).

PRINCIPALES LIMITACIONES EN MATERIA DE SALUD MENTAL

La alta representación de personas con trastornos mentales en el sistema penitenciario internacional y las posibilidades de recibir un tratamiento individualizado durante el cumplimiento de la condena ha sido objeto de estudio durante los últimos años a nivel académico y político, con el fin de planificar e implementar adecuadamente políticas de prevención y tratamiento eficaces. Sin embargo, debe cuestionarse hasta que punto el sistema penitenciario se encuentra diseñado, capacitado y planificado para afrontar este problema de salud individual y colectiva (Prins, 2014).

Según Coid y colaboradores (2002), las principales limitaciones de las instituciones penitenciarias a nivel internacional para abordar los problemas de salud mental residen en:

1. Los diagnósticos y tratamiento de salud mental realizados implican un abordaje multidisciplinar de aplicación simultánea, como consecuencia de la frecuente patología dual (consumo de drogas y problemas mentales) encontrada.
2. El contexto penitenciario no se encuentra diseñado para hacer frente a internos e internas con trastornos mentales severos, dado que el objetivo de estos centros reside en salvar guardar la seguridad de su población y no el tratamiento.

2. LA SALUD DE LA POBLACIÓN PENITENCIARIA EN ESPAÑA

Normativa y situación penitenciaria

En España, la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (en adelante, SGIP) dependiente del Ministerio del Interior, es el organismo encargado de impulsar, dirigir, gestionar y supervisar las Instituciones Penitenciarias. Respecto su normativa básica, el sistema penitenciario Español radica en tres normas claves esenciales (SGIP, 2015):

- Artículo 25.2 de la Constitución Española (CE), donde se establece como finalidad de la pena privativa de libertad la reeducación y la reinserción social de los reclusos.
- Ley Orgánica General Penitenciaria 1/1979, se recogen las directrices del moderno sistema penitenciario y que consagra como rasgos más sobresalientes el principio de legalidad en la ejecución de la pena.

- Reglamento Penitenciario de 1996, donde se desarrolla la Ley Orgánica en consonancia con el nuevo modelo punitivo establecido en el Código Penal.

A finales del año 2016, según los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) habían en España un total de 59,970 (55,513 [92,5%] hombres y 4,457 [7,5%] mujeres) personas privada de libertad en 78 Centros Penitenciarios ordinarios, 29 Centros de Inserción Social (en adelante CIS) y dos centros penitenciarios psiquiátricos, siendo Andalucía la comunidad más representativas con aproximadamente el 22% de la población penitenciaria total. Entre las tipologías delictivas más comunes, destacan los delitos contra la propiedad (38,4%), seguido de los delitos contra la salud pública (22,7%), y homicidio en sus diferentes formas (7,4%).

Servicios y programas sanitarios en prisión

Tradicionalmente, los principales problemas de salud en el medio penitenciario (a pesar de ser múltiples y variados) son el consumo de alcohol y otras drogas, así como enfermedades asociadas al mismo (predominárteme VIH). De este modo, entre los diferentes programas de salud pública aplicados en el contexto penitenciario, equivalentes a los existentes en las administraciones sanitarias públicas, aplicados por profesionales socio-sanitarios destacan (SGIP, 2015):

- Educación para la salud y reducción del daño: su finalidad reside en que los internos conozcan sus problemas y necesidades. Además, al tratarse de un colectivo con multitud de carencias socio-sanitarias previas, resulta esencial establecer conductas, hábitos saludables, o bien modificar comportamientos o prácticas de riesgo.
- Prevención y control de enfermedades transmisibles: concienciar a los usuarios sobre las técnicas de riesgo directo e indirecto relacionadas con enfermedades transmisibles, como diferentes conductas sexuales o bien relacionadas con el consumo de drogas.
- Mediación en salud: consistente en dotar a los internos e internas como agentes autónomos de salud.
- Intervención con drogodependientes: debido a su considerable prevalencia, diferentes programas se dirigen exclusivamente a este colectivo, como son los programas de mantenimiento con metadona, deshabituación en módulos terapéuticos o bien programas de reincorporación social.

No obstante, cada uno de los diferentes establecimientos penitenciarios se encuentra dotados de enfermerías penitenciarias donde se aplica tanto atención primaria como especializada por los cuerpos de facultativos y de enfermeros de instituciones penitenciarias. A pesar de los esfuerzos llevados a cabo en materia

de sanidad penitenciaria, aún no se encuentra equiparados a la sanidad pública, debido a su aislamiento político y social (García-Jiménez, 2009).

Las enfermerías penitenciarias se caracterizan por prestar una asistencia continuada llevada a cabo por los profesionales de salud y acorde al tamaño de la institución penitenciaria y de su población. Generalmente, las diferentes incidencias médicas suelen abordarse en el mismo centro penitenciario por el médico o enfermero correspondiente. Sin embargo, y ante situaciones de gravedad justificada, cuando el medio sanitario penitenciario no cuenta con los recursos necesarios, se traslada al paciente al hospital de referencia pudiendo proceder a su ingreso, utilizando a tal fin las camas hospitalarias reservadas y bajo custodia policial permanente.

SITUACIÓN DE LA SALUD MENTAL

En la versión más reciente del informe del Ministerio de Sanidad titulado “Estrategia Global de Actuación en Salud Mental” (2013) se hace especial hincapié en la importancia sanitaria y social de los trastornos mentales en España, así como la necesidad de desarrollar principios y valores básicos para el abordaje y adecuada atención de estos problemas en todo el sistema asistencial público.

Este mismo informe indica además que aproximadamente $\frac{1}{4}$ de la población penitenciaria en España sufre algún tipo de trastorno mental y $\frac{1}{5}$ presentan problemas previos al internamiento de salud mental. Además, también hace referencia al significativo dato de que cerca de la mitad de los internos e internas que ingresan en las enfermerías penitenciarias se deben a problemas de salud mental.

Según la investigación realizada por la Subdirección General de Sanidad Penitenciaria (2006) en las prisiones españolas, sobre una muestra de 970 internos (92% hombres y 8% mujeres), se estimó una prevalencia aproximada del 17,6% de antecedentes psiquiátricos previos, aproximadamente un 45% presentaban problemas ligados al abuso de alcohol y otras drogas y el 15% la co-existencia de ambos fenómenos (patología dual): trastornos mentales y consumo de alcohol y drogas. El instrumento utilizado en este relevante estudio en relación a la salud mental de los participantes fue el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) IV (Aliño, 2008).

Otra investigación relevante en España (Sánchez, Luna & Mundt, 2016) por medio de cuestionarios auto-reportados en 8 prisiones de España, determinó como los trastornos de ansiedad y depresión son prácticamente el doble entre las mujeres

respecto a los hombres. Por otro lado, los trastornos por abuso o dependencia de alcohol son claramente superiores en el colectivo masculino respecto al femenino, coincidiendo de nuevo con investigaciones en población general española (Haro, et al., 2016) y población penitenciaria mundial (Fazel, Bains & Doll, 2006). Además, entre los factores sociodemográficos y penitenciarios de riesgo ligados a estar en tratamiento por algún problema de salud mental en prisión destacan: ser español, previamente desempleado, mayor nivel educativo y comisión de delitos contra las personas (Sánchez et al., 2016).

3. ESTRATEGIAS EN MATERIA DE SALUD MENTAL EN ESPAÑA

SISTEMA NACIONAL DE SALUD

A pesar de que sus recomendaciones y objetivos se encuentran dirigidos a la población general, la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011), sirve como referente a las diferentes Instituciones Penitenciarias en materia de tratamiento en salud mental. Cabe destacar, que en este informe también se hace hincapié en las posibles situaciones específicas sobre población privada de libertad.

Así, entre sus diferentes recomendaciones se insiste en la necesidad de desarrollar intervenciones preventivas y de entrenamiento en habilidades para la prevención de problemas de salud mental como ansiedad y depresión entre colectivos vulnerables, como es el colectivo penitenciario. Además, y fruto de la necesidad, se recomienda ampliar la formación en materia de salud mental entre el personal de atención primaria que trabaja en Instituciones Penitenciarias.

Sin embargo, su principal aportación reside en establecer de manera conjunta con el Ministerio de Sanidad y Política Social, un modelo de colaboración específico con los órganos regulados bajo la SGIP destinados a mejorar la atención de las personas con trastornos mentales en prisión, asegurando la continuidad y la equivalencia de cuidados con la población general. Además, se insiste también en la necesidad de involucrar a las comunidades autónomas en la coordinación con instituciones penitenciarias en gestionar el recurso más adecuado en cada caso para la pronta atención a las personas con trastorno mental al que un juez dicta un ingreso penitenciario.

TALLERES SOBRE HÁBITOS MENTALES SALUDABLES EN PRISIÓN

Llevados a cabo de manera novedosa en las prisiones de Zuera y Daroca (Zaragoza) se compone de un total de 16 sesiones distribuidas a lo largo de seis meses (donde se abordan cuestiones como salud, motivación, autoestima o resiliencia), previamente se habían analizado las demandas individuales y grupales más frecuentes a nivel de salud mental al producirse el encarcelamiento.

El objetivo primordial de estos talleres residen en “*reducir los factores de riesgo asociados a las enfermedades mentales y favorecer los factores protectores de estos trastornos en personas ingresadas en prisión*” (Bustamante-Navarro et al., 2013, p.47). Basado en la metodología del Ciclo Deming o PDCA (Plan, Do, Check Act) consistente en una estrategia de mejora continua de la calidad en las siguientes fases (Arroyo & Ortega, 2007):

1. Identificar y seleccionar problemas u oportunidades de mejora.
2. Analizar las causas y los procesos relacionados.
3. Planificar los cambios y/o acciones de mejora necesarias.
4. Probar y verificar la utilidad de las medidas propuestas y realizar, si procede, los ajustes necesarios.
5. Monitorizar el proceso de mejora.

Los resultados de este programa muestran que en la mayoría de los casos los internos e internas intervenidos presentaban trastornos de personalidad y de consumo de alcohol y otras drogas, además de una elevada prevalencia de patología dual presente en el 67% de los casos (Arroyo & Ortega, 2007). La principal aportación de este programa reside en que se presenta como una herramienta eficaz de canalización a la elevada asistencia de salud mental en prisión, ofreciendo una relación coordinada entre el servicio de atención primaria de la prisión y un psiquiatra consultor que pueda acudir al centro con la periodicidad que las necesidades determinen. Como reconocimiento, cabe destacar que fue premiado por la OMS debido a la colaboración bilateral eficaz entre la institución penitenciaria y la comunidad.

PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A ENFERMOS MENTALES

En un esfuerzo por parte de la SGIP para hacer frente a la problemática real de salud mental en las prisiones de España, a raíz del año 2010 se diseña e implementa

el conocido como Programa de Atención Integral a Enfermos Mentales (PAIEM, 2005). Este programa destinado exclusivamente a internos e internas con una enfermedad mental previa a prisión o sobrevenida, que fueron condenados por la comisión de un delito por un tribunal sentenciador, cuenta con una serie de criterios de inclusión y exclusión claramente delimitados:

- Criterios de inclusión:

1. Síntomas mentales y conductuales que influyen de manera negativa e interfieren significativa en la integración del interno/a en desarrollo de la vida penitenciaria.
2. Presencia de un trastorno mental grave estabilizado, destacando el concepto de estabilización previa del interno.
3. Presencia de patología dual (consumo de alcohol y otras drogas y problemas mentales).

- Criterios de exclusión:

1. Internos/as integrados en programas de discapacitados.
2. Internos/as integrados en programas de atención a drogodependientes.

Este programa cuenta de tres fases predominantes de intervención claramente diferenciadas (SGIP, 2009): 1) Detención, diagnóstico y tratamiento; 2) Elaboración del programa de rehabilitación y 3) Reinserción social.

La primera fase supone la realización de un diagnóstico y aplicación de un tratamiento médico eficaz con la población interna, posteriormente, y de manera individualizada, se procederá a la posible aplicación de un tratamiento farmacológico destinado a la estabilización del interno/a con un problema de salud mental.

En una segunda fase, destinada a la elaboración de un programa de rehabilitación, tiene como objetivo principal remediar las discapacidades existentes a fin de lograr una mayor autonomía en el ambiente que se desenvuelve. En este momento, se debe tener muy en cuenta la individualización del programa en función de las características físicas y mentales del paciente.

La última fase, esta enfocada en lograr la posterior reincorporación social y correcta derivación a los recursos socio-sanitarias una vez fuera de prisión. Como podemos imaginar, y la literatura científica ha demostrado (Freudenberg, Daniels, Crum, Perkins, & Richie, 2005), el proceso de reinserción social es complejo, agravándose aún más esta situación entre aquellas personas con un mayor nivel de vulnerabilidad social como son este colectivo. Por tanto, resulta esencial la impli-

cación de un equipo multidisciplinar (personal sanitario, psicólogos, trabajadores sociales, etc.) para facilitar la plena reinserción social de estas personas.

Con el fin de valorar los resultados obtenidos en la aplicación de este programa, cabe destacar la investigación realizada por Sanz y colaboradores (2014) sobre 331 profesionales (trabajadores sociales, psicólogos, educadores, etc.) de 62 establecimientos penitenciarios, destinada a conocer las características y experiencias tras la aplicación del programa PAIEM.

Los resultados muestran que menos del 10% de los pacientes del programa se encuentran destinados en módulos exclusivamente para enfermos mentales y sólo el 0,3% en la enfermería penitenciaria, procediendo la información clínica y mental de los informes médicos y protocolos de tratamiento. La mayoría de los profesionales destacan la problemática originada a la hora de aplicar medidas dirigidas a la reincorporación social de los pacientes (como por ejemplo la familia o programas comunitarios), siendo el trabajador social (84%) el profesional del equipo multidisciplinar con una mayor tendencia a optar por la derivación a la red comunitaria de atención en salud mental y drogodependencias.

Finalmente, prácticamente la totalidad de los implicados coinciden en las ventajas ocasionadas tanto en la salud de los internos como a nivel profesional, como consecuencia de la aplicación del programa PAIEM, siendo las principales ventajas que ofrecen:

- Tratamiento del paciente desde un punto de vista integral y personalizado.
- Mejor adaptación del interno al contexto y a la vida penitenciaria.
- Mejoras en la colaboración entre los diferentes componentes del equipo multidisciplinar.

De manera paralela, resulta interesante conocer el informe titulado “*Funcionamiento y resultados obtenidos por el programa de atención integral al enfermo mental*” (SGIP, 2013) donde se muestra información sobre la consecución de este programa. Se puede observar, como un gran número de profesionales se encuentran muy satisfechos con la aplicación de este protocolo, realizándose una mejora continua en la derivación de los pacientes a los diferentes medios comunitarios de tratamiento existentes (ONG’s, familias, psiquiátricos, etc.).

Entre las principales técnicas aplicadas, destacan aquellas ligadas a mejorar el auto-cuidado de los internos e internas participantes (72,6%), mejora de habilidades cognitivas y sociales (61,3%), educación para la salud (58%) o bien técnicas de auto-control o de aceptación de su enfermedad (50%). A modo de conclusión, se observa que las herramientas aplicadas en este programa dirigidas a mejorar y

promocional la rehabilitación psicosocial en las personas con trastornos mentales en prisión son muy eficaces, mejorando las carencias y discapacidades existente en más de la mitad de los casos.

4. PERSPECTIVAS FUTURAS

A pesar de las mejoras llevadas a cabo en materia penitenciaria para el diagnóstico y tratamiento eficaz de este colectivo en España por programas como el PAIEM (Sanz, Gómez-Pintado, Ruiz, Pozuelo, & Arroyo, 2014) o los talleres focalizados sobre hábitos, actualmente estas personas aún pueden convertirse en víctimas del sistema penal debido a factores como: inexistencia de formación específica en el personal penitenciario, ausencia de coordinación entre organismos o conflictos en la asunción de competencias o bien la falta de consenso sobre los protocolos de incapacitación.

En la actualidad, y con el fin de incrementar de manera considerable la calidad en manera clínica y asistencial, la SGIP se encuentra trabajando de manera activa en llevar a cabo la transferencia de la sanidad penitenciaria a las comunidades autónomas (en lugar de encontrarse centralizado). Esta iniciativa surge a raíz de la positiva experiencia previa en determinadas regiones como Cataluña o País Vasco, donde estas transferencias han sido realizadas de manera pionera, acarreamo una importante mejora en el tratamiento clínico de las personas privadas de libertad, convirtiendo “*cada enfermería de los centros penitenciarios en un centro de salud*”, en palabras del actuar subdirector general de Coordinación de Sanidad Penitenciaria.

De este modo, consideramos que transferir las competencias las diferentes Comunidades Autónomas (encontrándose aprobado por unanimidad por todos los partidos políticos), podría suponer paralelamente mejorar los programas de evaluación, planificación e intervención sobre los diferentes problemas y factores de riesgo en materia de salud mental sobre el colectivo penitenciario en España.

Desafortunadamente, los riesgos existentes para estas personas continúan una vez cumplida la pena privativas de libertad o medidas de seguridad correspondientes, materializado en ausencia de continuidad en la intervención por parte de los servicios comunitarios generales, falta de apoyo por el núcleo familiar más cercano o la doble estigmatización sufrida por la sociedad al tratarse de un ex convicto que tenía o tiene un problema de salud mental.

5. BIBLIOGRAFÍA

- ALIÑO, J. J. L. I., MIYAR, M. V., & American Psychiatric Association. (2008). *DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. American Psychiatric Pub.
- ALTICE, F. L., AZBEL, L., STONE, J., BROOKS-POLLOCK, E., SMYRNOV, P., DVORIAK, S., & STÖVER, H. (2016) The perfect storm: incarceration and the high-risk environment perpetuating transmission of HIV, hepatitis C virus, and tuberculosis in Eastern Europe and Central Asia. *The Lancet* 388(10050), 1228-1248.
- ARROYO, J. M., & ORTEGA, E. (2007). Un programa de mejora de la calidad asistencial de los problemas de salud mental en prisión: Evaluación de resultados después de 6 años (2000-2005). *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 9(1), 06-15.
- ASSADI, S. M., NOROOZIAN, M., PAKRAVANNEJAD, M., YAHYAZADEH, O., AGHAYAN, S., SHARIAT, S. V., & FAZEL, S. (2006). Psychiatric morbidity among sentenced prisoners: prevalence study in Iran. *The British Journal of Psychiatry*, 188(2), 159-164.
- BAILLARGEON, J., PENN, J. V., KNIGHT, K., HARZKE, A. J., BAILLARGEON, G., & Becker, E. A. (2010). Risk of reincarceration among prisoners with co-occurring severe mental illness and substance use disorders. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 37(4), 367-374.
- BOCCACCINI, M. T., CHRISTY, A., POYTHRESS, N., & KERSHAW, D. (2005). Rediversion in two postbooking jail diversion programs in Florida. *Psychiatric Services*, 56(7), 835-839.
- BUSTAMANTE NAVARRO, R., PAREDES-CARBONELL, J. J., AVIÑÓ JUAN-ULPIANO, D., GONZÁLEZ RUBIO, J., PITARCH MONZÓ, C., MARTÍNEZ MARTÍNEZ, L., & ARROYO-COBO, J. M. (2013). *Diseño participativo de una Guía para la Promoción de la Salud Mental en el medio penitenciario*. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 15(2), 44-53.
- CASE, B., STEADMAN, H. J., DUPUIS, S. A., & MORRIS, L. S. (2009). Who succeeds in jail diversion programs for persons with mental illness? A multi-site study. *Behavioral Sciences & the Law*, 27(5), 661-674.
- COID, J., BEBBINGTON, P., JENKINS, R., BRUGHA, T., LEWIS, G., FARRELL, M., & SINGLETON, N. (2002). The National Survey of Psychiatric Morbidity among Prisoners and the Future of Prison Healthcare. *Medicine, Science and the Law*, 42(3), 245-250.
- DAVIS, S. (1991). An overview: are mentally ill people really more dangerous?. *Social Work*, 36(2), 174-180.

- DEANE, M. W., STEADMAN, H. J., BORUM, R., VEYSEY, B. M., & MORRISSEY, J. P. (1999). Emerging partnerships between mental health and law enforcement. *Psychiatric Services*, 50(1), 99-101.
- DEHART, D., LYNCH, S., BELKNAP, J., DASS-BRAILSFORD, P., & GREEN, B. (2014). Life history models of female offending the roles of serious mental illness and trauma in women's pathways to jail. *Psychology of Women Quarterly*, 38(1), 138-151.
- EMCDA. Statistical bulletin from the EMCDA. (2010) Retrieved October 12, 2016 from <http://www.emcdda.europa.eu/data/stats2016>
- ESTRATEGIA EN SALUD MENTAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD 2009-2013. (2011). Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Disponible en: <http://www.aepcp.net/arc/SaludMental2009-2013.pdf>
- FAZEL, S., & SEEWALD, K. (2012) Severe mental illness in 33 588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis. *The British Journal of Psychiatry* 200(5): 364-373.
- FAZEL, S., BAINS, P., & DOLL, H. (2006). Substance abuse and dependence in prisoners: a systematic review. *Addiction*, 101(2), 181-191.
- FISHER, W. H., & Drake, R. E. (2007). Forensic mental illness and other policy misadventures. Commentary on "Extending assertive community treatment to criminal justice settings: Origins, current evidence, and future directions". *Community Mental Health Journal*, 43(5), 545-548.
- FREUDENBERG, N., DANIELS, J., CRUM, M., PERKINS, T., & RICHIE, B. E. (2005). Coming home from jail: the social and health consequences of community reentry for women, male adolescents, and their families and communities. *American Journal of Public Health*, 95(10), 1725-1736.
- GARCÍA JIMÉNEZ, J. J. (2009). Realidad laboral y profesional de la enfermería en las prisiones españolas. *Enfermería Global*, (16), 8-16.
- HARO, J. M., PALACÍN, C., VILAGUT, G., MARTÍNEZ, M., BERNAL, M., LUQUE, I., ... & ALONSO, J. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina clínica*, 126(12), 445-451.
- HARTWELL, S. W., & ORR, K. (1999). The Massachusetts forensic transition program for mentally ill offenders re-entering the community. *Psychiatric Services*, 50(9), 1220-1222.
- INTERNATIONAL CENTRE FOR PRISON STUDIES. World prison brief [Database]. London, England: King's College; (2012).
- LATTIMORE, P. K., BRONER, N., SHERMAN, R., FRISMAN, L., & SHAFER, M. S. (2003). A comparison of prebooking and postbooking diversion programs for mentally ill substance-using individuals with justice involvement. *Journal of Contemporary Criminal Justice*, 19(1), 30-64.

- MCCLELLAN, D. S., FARABEE, D., & CROUCH, B. M. (1997). Early victimization, drug use, and criminality a comparison of male and female prisoners. *Criminal Justice and Behavior*, 24(4), 455-476.
- MERINO, B. M. (2012). Las prisiones: una nueva oportunidad para la salud. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 7(1), 1-3.
- MUNDT, A. P., ALVARADO, R., FRITSCH, R., POBLETE, C., VILLAGRA, C., KASTNER, S., & PRIEBE, S. (2013). Prevalence rates of mental disorders in Chilean prisons. *PLoS One*, 8(7), e69109.
- NAIDOO, S., & MKIZE, D. L. (2012). Prevalence of mental disorders in a prison population in Durban, South Africa. *African Journal of Psychiatry*, 15(1), 30-35.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Promoción de la Salud: Glosario*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1999. Disponible en: http://www.msc.es/Diseno/informacionProfesional/profesional_preencion.htm
- PARSONAGE, M. (2009). *Diversion: A better way for criminal justice and mental health*. Sainsbury Centre for Mental Health.
- PRIEBE, S., FROTTIER, P., GADDINI, A., KILIAN, R., LAUBER, C., MARTÍNEZ-LEAL, R., & WRIGHT, D. (2008). Mental health care institutions in nine European countries, 2002 to 2006. *Psychiatric Services*, 59(5), 570-573.
- PRINS, S. J. (2014). Prevalence of mental illnesses in US state prisons: a systematic review. *Psychiatric Services*, 65(7), 862-872.
- SÁNCHEZ, F. C., LUNA, A., & MUNDT, A. (2016). Exposure to physical and sexual violence prior to imprisonment predicts mental health and substance use treatments in prison populations. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, (42), 56-62.
- SANZ, J., GÓMEZ-PINTADO, P., RUIZ, A., POZUELO, F., & ARROYO, J. M. (2014). Programa de Atención Integral al Enfermo Mental en las prisiones españolas (PAIEM): valoración tras cuatro años de funcionamiento. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 16(3), 91-102.
- SECRETARÍA GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS (2009). *Protocolo de aplicación del programa marco de atención integral a Enfermos Mentales en centros penitenciarios (PAIEM)*. Disponible en: http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/descargas/Protocolo_PAIEM.pdf.
- SIROTICH, F. (2009). The criminal justice outcomes of jail diversion programs for persons with mental illness: a review of the evidence. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 37(4), 461-472.
- UNITED NATIONS (1990). *Basic Principles for the Treatment of Prisoners 45/111*. Ginebra: General Assembly.
- WIDOM, C. S., CZAJA, S. J., & DUTTON, M. A. (2008). Childhood victimization and lifetime revictimization. *Child Abuse & Neglect*, 32(8), 785-796.
- WOLFF, N., & SHI, J. (2012). Childhood and adult trauma experiences of incarcerated persons and their relationship to adult behavioral health problems and

- treatment. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9(5), 1908-1926.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2005). *Mental Health: Facing the Challenges, Building Solutions: report from the WHO European Ministerial Conference of Helsinki*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- WRIGHT, K. N. (1991). A study of individual, environmental, and interactive effects in explaining adjustment to prison. *Justice Quarterly*, 8(2), 217-242.

HACIA UNA POLÍTICA DE BIENESTAR SOCIAL GARANTE DEL CUIDADO: MÁS ALLÁ DE LA ÉTICA DE LA JUSTICIA

María Jesús Úriz Pemán

*Profesora Titular de Universidad. Departamento de Trabajo Social.
Universidad Pública de Navarra. E-mail: ivan@unavarra.es*

Francisco Idareta Goldaracena

*Profesor Ayudante Doctor. Departamento de Trabajo Social.
Universidad Pública de Navarra. E-mail: francisco.idareta@unavarra.es*

Sumario: Introducción. Una propuesta ética: armonizar el cuidado y la justicia. Moral concreta y contextual. La autonomía relacional. El contexto concreto. La obligación de cuidar. El cuidado y las políticas del cuidado. El cuidado como concepto multidimensional y global. Algunas políticas del cuidado en Europa. El cuidado como una práctica democrática. Conclusiones.

Resumen: La ética de la justicia concibe al sujeto humano de forma abstracta e independiente. Su deber consiste en cumplir con los principios morales abstractos y los derechos de los demás para, así, preservar también sus propios derechos. Por su parte, la ética del cuidado logra ir más allá, ya que contempla que la persona es concreta a la par que abstracta, necesitada de cuidado personal por su inherente vulnerabilidad humana, así como de protección legal e institucional del derecho a cuidar y a ser cuidado. A lo largo del presente capítulo vamos a defender la necesidad de armonizar la ética de la justicia y la ética del cuidado para lograr universalizar el derecho a cuidar y a ser cuidado como derecho humano fundamental. Analizaremos los distintos significados del término “cuidado” y algunas de las políticas del cuidado que se están dando en varios países europeos para concluir la necesidad de que el cuidado sea un elemento fundamental dentro de las políticas de bienestar social y se convierta en una práctica democrática de nuestras sociedades.

Conceptos centrales: Ética de la justicia, Ética del cuidado, Política del cuidado, Políticas de bienestar social.

1. INTRODUCCIÓN

La ética del cuidado de Carol Gilligan (1982) sentó las bases de un nuevo paradigma que reconoce la vulnerabilidad del ser humano y propone el cuidado como obligación moral para con los demás, como algo que nos constituye y caracteriza como humanos (Benhabib, 1992). De este modo, Gilligan logró ir mucho más allá que la teoría moral universalista de Lawrence Kohlberg (1981), planteándola como complemento de su propuesta¹.

Mientras que para Kohlberg el cuidado no tiene cabida en su planteamiento de justicia, para Gilligan es la pieza fundamental sin la cual la justicia corre el riesgo de deshumanizarse. De ahí que Gilligan haya logrado ampliar y enriquecer la propuesta de Kohlberg a través de un modo diferente de concebir la moral y el mundo social, dando especial importancia la autonomía relacional (Sevenhuijsen, 2003), así como al contexto situacional en el que se originan los dilemas morales.

Pues bien, como veremos a lo largo de este capítulo, a partir del universalismo interactivo que se deriva de la ética del cuidado (Benhabib, 1992) se pueden sentar las bases para el diseño e implementación de políticas de bienestar social que garanticen el derecho fundamental a cuidar y a ser cuidados (Faerman, 2015).

2. UNA PROPUESTA ÉTICA: ARMONIZAR EL CUIDADO Y LA JUSTICIA

Para la ética del cuidado, el otro generalizado es tan importante como el otro concreto. De hecho, para Gilligan la justicia y el cuidado son dos perspectivas que hay que armonizar ya que, sólo así, podremos comprender la realidad desde la identificación de las generalidades a la par que desde la identificación de particularidades concretas, ampliando así la perspectiva ética kohlbergiana. Esta complementariedad nos lleva a presentar conjuntamente ambas propuestas.

¹ En este sentido, hallamos autores que conciben la ética del cuidado como antagónica a la ética de la justicia (Jaggar, 1995), como alternativa (Noddings, 2003; Held, 2005), así como las que la consideran como complemento necesario (Benhabib, 1992; Nussbaum, 2002; Bubeck, 2004; Faerman, 2015; Comins, 2015; Medina-Vicent, 2016).

MORAL CONCRETA Y CONTEXTUAL

La ética de Kohlberg y la de Gilligan tienen un modo diferente de considerar la moral. La primera concibe una moral impersonal, individual y abstracta, basada en principios universales, en la conciencia del deber, así como en los derechos más que en la responsabilidad. Por el contrario, la ética del cuidado posee una consideración sobre la moral más concreta y contextual, basada en la realización del cuidado más que en la conciencia del deber, así como en la responsabilidad más que en los derechos.

Por otra parte, la ética kohlbergiana posee un carácter normativo y está centrada principalmente en la igualdad y en los derechos, mientras que la ética de Gilligan tiene un carácter relacional y está centrada en la responsabilidad que se origina en las relaciones con los demás. Así, mientras que en el primer caso lo importante son únicamente los principios, en el segundo lo son también los contextos de aplicación en los que se originan los dilemas morales.

En definitiva, mientras que en la ética de la justicia son fundamentales la aplicación de derechos y normas, en la ética del cuidado destacan la capacidad de empatizar, de establecer y de sostener relaciones humanas de cuidado.

LA AUTONOMÍA RELACIONAL

Mientras que la concepción de autonomía de la ética de la justicia posee influencia kantiana, la de la ética del cuidado está más influida por la ética aristotélica. En la propuesta de Kohlberg el sujeto se concibe como autosuficiente e invulnerable, separado de los demás, autodeterminado y, en consecuencia, no necesitado de nadie más que de sí mismo para definirse y tomar decisiones morales. De ahí se deriva una consideración de otro generalizado, de una alteridad intelectualizada, aislada de los demás a partir de la uniformización que se logra a través de la generalización.

Por su parte, en la propuesta de Gilligan la vulnerabilidad es la que otorga sentido y significación al resto de elementos: sentirse vulnerable hace que necesitemos de los demás y nos relacionemos con ellos para cuidar y ser cuidados, respetando siempre a la persona concreta en su contexto circunstancial.

Desde la perspectiva de esta autora, la autonomía no relacional prioriza en la protección legal y moral de la decisión personal, por lo que tiende a desatender las demandas de cuidado que puedan surgir en su contexto más inmediato. De hecho,

la autonomía no relacional tiende a centrarse en el sujeto mismo, mientras que la autonomía relacional lo hace en las demandas de cuidado que surgen en nuestras relacionales con los demás (Sevenhuijsen, 2003).

Por eso, para Gilligan el otro concreto resulta ser el otro generalizado, ya que las personas concretas que son cuidadas deben ser consideradas también como ciudadanas o ciudadanos a los que deben garantizarles tanto el derecho a cuidar, como a ser cuidados.

EL CONTEXTO CONCRETO

Si partimos de la consideración del sujeto moral como autosuficiente y autodeterminado, el contexto situacional en el que se origine el dilema moral o la respuesta final que se le dé al problema moral no es tan importante como el cumplimiento del deber y de los derechos. De hecho, para la ética de la justicia el razonamiento moral se basa en el pensamiento abstracto, formal y objetivo.

Kohlberg jerarquiza los derechos, considerándolos competitivos, y considera que los problemas morales se dan cuando tales derechos entran en conflicto. La resolución de problemas morales se efectúa a partir de argumentos formales y abstractos. Es decir, Kohlberg da importancia a la separación y al individuo aislado de su contexto, siendo lo fundamental respetar los derechos de los demás para, así, proteger el derecho a la vida propia.

En cambio, la ética propuesta por Gilligan se basa en un pensamiento contextual y concreto y concibe el mundo en términos relacionales. De hecho, el problema moral se origina de la responsabilidad frente a un conflicto concreto y la resolución del mismo se realiza de forma narrativa, cooperativa, pero siempre contextual.

La de Gilligan es una moral relacional que da importancia al vínculo y al sujeto único, singular e irrepetible, siendo este razonamiento contextual el que permite comprender las injusticias que nos llevan a empatizar con la vulnerabilidad del otro y, en consecuencia, a cuidar de él. Por ello, para esta autora el contexto se refiere a las cuestiones exclusivas y particulares de personas concretas a las que se les aplica la norma, así como a los escenarios sociales a tener en cuenta a la hora de diseñar las normas jurídicas.

LA OBLIGACIÓN DE CUIDAR

Para Kohlberg el universalismo no sólo es necesario, sino que es suficiente, ya que lo importante desde su perspectiva es la justicia y los derechos, dejando fuera

el cuidado y la afectividad. Este formalismo de principios abstractos hace que consideremos al individuo universal e imparcial (otro generalizado).

Por su parte, Gilligan considera que el universalismo es necesario pero insuficiente. De ahí su propuesta de complementar la justicia y el cuidado que posibilita la visibilización de aquellas particularidades invisibilizadas a través de la uniformización (de mujeres, grupos minoritarios, etc.), así como de las desigualdades generadas en el contrato social originario.

Desde la perspectiva de esta autora, el universalismo de Kohlberg no tiene en cuenta las diferencias culturales, sociales, de género entre las personas, lo que supone que el prototipo ideal de individuo (es decir, el hombre) se imponga y subordine a otros grupos (como, por ejemplo, el de las mujeres). Desde su perspectiva los estudios de Kohlberg no contemplan las estructuras sociales de exclusión sexo-género, ni que las experiencias de las personas condicionan los modos de desarrollar su razonamiento moral. Algo que, efectivamente, incorpora a su ética del cuidado.

De ahí que en la ética de la justicia lo importante para el sujeto moral sea lo que debe hacer, es decir, cumplir con los principios morales y con los derechos de los demás. Mientras que para la ética del cuidado lo importante sea la atención del cuidado de la persona que lo necesite. La situación de vulnerabilidad de los demás nos exige cuidar de ellos. Por ello, aunque no tengamos vínculos directos con ellos, tenemos obligación de cuidar y el derecho tanto a cuidar como a ser cuidados. Esta obligación de cuidado y este derecho a cuidar y a ser cuidados se tornan universalizables en la propuesta de complementar la ética del cuidado con la ética de la justicia².

3. EL CUIDADO Y LAS POLÍTICAS DEL CUIDADO

Hasta el momento hemos propuesto la armonización entre cuidado y justicia, pero, ¿qué entendemos por “cuidado”? En términos generales solemos referirnos al tipo de acciones encaminadas a proteger a alguien, satisfaciendo las necesidades que tiene esa persona. Desde un punto de vista más formal, el cuidado se podría definir como “las actividades y relaciones envueltas en la respuesta a las necesidades físicas y emocionales de personas adultas y niños, así como a los marcos normativo,

² Adela Cortina (2010) se refiere a la justicia cordial como característica principal de las sociedades moralmente pluralistas en las que se ofertan diferentes propuestas de vida feliz a la par que se exige una ética de mínimos que garantice el trato digno y humano de todas las personas. Se respetan las diferentes concepciones de vida buena, pero se comparten y exigen unos mínimos de justicia.

económico y social dentro de los cuales se asignan y se llevan a cabo esas actividades” (Daly & Lewis, 2000: 285).

Hay que reconocer que el cuidado es un concepto complejo, pues en él confluyen elementos muy diversos: la forma en que se ejerce el cuidado, quién lo ejerce, cómo se contextualiza socialmente dentro de cada Estado, si se realiza de un modo privado, si se incluye dentro del bienestar público... Los distintos significados del cuidado parecen haberlo convertido en una categoría ambigua y, en ocasiones, difícil de delimitar.

Pues bien, en este apartado vamos a intentar profundizar en el concepto de cuidado para, a continuación, realizar un breve recorrido sobre su consideración dentro de las distintas políticas de bienestar social de algunos países europeos.

EL CUIDADO COMO CONCEPTO MULTIDIMENSIONAL Y GLOBAL

Desde la perspectiva de la ética del cuidado, Fisher y Tronto (1991) señalan cuatro dimensiones en torno al cuidado: el reconocimiento de la necesidad de cuidado y atención hacia las personas (*attentiveness, caring about*), la responsabilidad para atender a esas necesidades (*taking care of, responsibility*), la competencia para desarrollar un trabajo adecuado con los recursos necesarios (*care giving, competence*) y la sensibilidad hacia las necesidades de las personas cuidadas (*responsiveness, responding to the needs of the cared-for*).

Estas cuatro dimensiones han sido la base sobre la que se han construido posteriores análisis de la ética del cuidado. Concretamente, desde el feminismo, son muchas las autoras que han utilizado el término “cuidado”: algunas enfatizan los aspectos relacionales del cuidado (Graham, 1991; Tronto, 1993; Thomas, 1993), otras proponen integrar el género y el cuidado con la justicia distributiva (Okin, 1989); también son interesantes los análisis de quienes se centran en los servicios y tipos de prestaciones vinculadas al cuidado que han ido desarrollando diversos países (Sipila, 1997; Ungerson, 1997).

Podría decirse que, mientras que la llamada “primera generación” de posicionamientos acerca del cuidado insiste más en los aspectos implicados en la interacción entre el cuidador y la persona cuidada, la llamada “segunda generación” apunta algunas cuestiones necesarias para que la ética del cuidado adquiera una perspectiva social y política. Pues bien, en nuestro análisis resultan de gran interés algunas de las cuestiones que apunta esta “segunda generación” de la ética del cuidado.

En nuestra opinion, tiene gran utilidad el análisis de Mary Daly (2012) sobre el concepto del cuidado, al analizar cuatro ejes fundamentales sobre los que se vertebra el cuidado:

1. En primer lugar, la forma y el lugar en el que se realiza el cuidado, es decir, si es un trabajo formal o informal (pagado o no), si se da en el ámbito público o en el privado...
2. Otro aspecto fundamental es el referido al contexto social y cultural dentro del cual se da el cuidado: por ejemplo, si el cuidado se considera como una obligación derivada de los lazos familiares, si se trata de una sociedad en la que se promueve la solidaridad y el bienestar de sus miembros...
3. Otro interesante factor es el tipo de relaciones en el cuidado: si son de naturaleza más personal, si se da una asimetría³ en las relaciones de poder entre quien se ocupa del cuidado y quien lo recibe, si se satisfacen tanto las necesidades de quienes reciben cuidados como de quienes lo dan...
4. El cuarto eje fundamental es el tipo de políticas establecidas en torno al cuidado: modos y agentes que lo regulan, tiempo, dinero, servicios destinados al cuidado...

En definitiva, siguiendo con el análisis de Daly (2012), podemos diferenciar dos grandes significados del término “cuidado”: en un sentido más relacional, se refiere a las actividades en torno a la atención de las necesidades concretas de personas mayores, niños, personas con algún grado de discapacidad... Este es un sentido más vital, más “micro”, que pone el énfasis en la complejidad y personalización del cuidado, en su aspecto más moral y emocional (Graham, 1983; Tronto, 1993; Held, 2005).

El otro significado del cuidado se refiere al tipo de implicación en el cuidado por parte de los distintos Estados, es decir, a las distintas respuestas sociales y políticas de los Estados para atender a las demandas de cuidado: prestaciones sociales, atención sanitaria... Consideramos que este segundo significado del cuidado es de gran relevancia para las políticas sociales de bienestar y para la práctica política, pues significa reconocer el cuidado como una parte fundamental de las políticas sociales y, por tanto, de la estructura de los llamados “Estados del Bienestar” (Bettio & Plantenga, 2004; Pfau-Effinger, 2005).

A lo largo de los últimos años se han producido bastantes cambios en el desarrollo de dichos Estados. Uno de ellos proviene de la mayor demanda de recursos

³ Young (1997), por ejemplo, habla de una “reciprocidad asimétrica”, puesto que el cuidador y la persona cuidada ocupan posiciones diferentes.

de servicios sanitarios y de prestaciones sociales, la cual se está cubriendo con ayudas económicas directas. Pero, además, las necesidades de las personas se están atendiendo, no sólo desde el sector público (Sanidad Pública, Servicios Sociales...), sino también desde el ámbito privado (familiar, comunitario...). De este modo, el trabajo relacionado con el cuidado de las personas en muchas ocasiones se hace desde el ámbito privado (hijas que cuidan a sus padres, por ejemplo) y, además, es un trabajo feminizado e infravalorado (Rummery, 2011) por lo que muchas veces se convierte en una forma de legitimar las desigualdades de género (Ungerson, 1987).

Creemos que, contrariamente a esta situación, se debería reivindicar el cuidado como un tema de bienestar, no privado, sino público y éste debería ser, precisamente, el objetivo al que deberían tender las políticas sociales. Y es que un buen Estado de Bienestar debería tener bien definidas las formas de respuesta a las necesidades de cuidado de niños, personas dependientes y de todas aquellas personas en situación de necesidad que necesiten una determinada prestación.

ALGUNAS POLÍTICAS DEL CUIDADO EN EUROPA

Podría decirse que existe una gran diversidad y complejidad en las políticas del cuidado en Europa referidas a la atención a las familias y al cuidado de los niños, a las políticas de empleo, la educación, la salud y las diversas tasas y ayudas. En un estudio publicado en el 2002, Daly analiza cómo se organiza el cuidado teniendo en cuenta cuatro tipos de medidas: los pagos directos y deducciones fiscales para ayudar a los receptores del cuidado, los servicios (para el cuidado de niños –guarderías– y personas mayores –centros residenciales–), licencias y permisos (de paternidad, por ejemplo) y los incentivos para la creación de empleo (trabajo a tiempo parcial, exenciones en la Seguridad Social...).

Aplicando estos parámetros de análisis a las diversas políticas del cuidado en los países europeos, distingue cuatro modelos:

1. El modelo nórdico, en el que el Estado es el principal suministrador del cuidado puesto que planifica servicios para las personas dependientes, mayores, niños... Todas las personas que lo necesitan pueden acceder a este tipo de servicios y, además, son servicios accesibles a todas las personas, por lo que podría decirse que “el cuidado es un constituyente de la ciudadanía social” (Daly, 2012: 630).

2. En otro grupo estarían los llamados países europeos continentales (Alemania, Francia, Bélgica) en los que las políticas sociales se dirigen especialmente al cuidado de las personas mayores y el cuidado de los niños.
3. En el tercer grupo sitúa a Irlanda y Reino Unido. Se trata de Estados más liberales que atienden principalmente al cuidado de las personas mayores.
4. Al cuarto grupo lo denomina (de un modo bastante preocupante) “Estados no cuidadores” y en él incluye a Grecia, Portugal y España. Este calificativo responde a que se trata de países en los que el cuidado se da mucho más en el ámbito familiar (privado), puesto que el Estado está mucho menos comprometido con el cuidado. Además, en estos países el cuidado está más feminizado.

En el año 2008 el Consejo de Europa publicó el “Libro Blanco sobre el diálogo intercultural”. En él se incluyen importantes asuntos relacionados con el multiculturalismo y la ciudadanía en los países europeos. Supone, por tanto, un avance respecto a la diversidad cultural y al concepto de ciudadanía. Sin embargo, desde el punto de vista de la ética del cuidado (Zembylas & Bozalek, 2011) este documento tiene algunas limitaciones, pues está redactado más desde la perspectiva de los derechos humanos y desde la ética de la justicia que desde la ética del cuidado.

Como sabemos, la ética del cuidado, más que centrarse en principios generales que quieren ser válidos para todas las personas, enfatiza la importancia de las emociones, de la sensibilidad, las situaciones concretas y la atención para responder a las necesidades particulares de cada persona. Como señalábamos al comienzo de este capítulo al diferenciar la ética del cuidado de la ética de la justicia, “una perspectiva basada en los derechos humanos considera a los seres humanos como parte de una humanidad común o un Otro Generalizado, mientras que una ética del cuidado requeriría una rica y amplia descripción de las circunstancias de las personas, centrándose en las particularidades de las situaciones concretas en momentos históricos específicos” (Zembylas & Bozalek, 2011: 17-18). Pues bien, desde esta perspectiva, en el “Libro Blanco sobre el diálogo intercultural” faltaría analizar los contextos concretos en los que se dan las situaciones de desigualdad y la responsabilidad de las sociedades para tratar esas desigualdades y para desarrollar políticas del cuidado más específicas.

Pero, ¿cómo están evolucionando las políticas del cuidado en los países europeos? ¿Hacia qué dirección? Podría decirse que, en general, la preocupación por el cuidado está aumentando en todos ellos, aunque todavía hay muchas diferencias entre los distintos modos de entender y aplicar el cuidado (responsabilidad privada

o pública, modos de atender a las demandas de cuidado de los distintos sectores de la población...).

Si vemos el análisis comparativo de Rummery (2011) entre las políticas de varios países sobre el cuidado de personas mayores y de personas con discapacidad, concluiremos que en países como Suecia, Francia y los Países Bajos, el Estado ha desempeñado un papel muy importante en la concesión de ayudas y el apoyo a estos colectivos. Sin embargo, en los últimos años en esos países el Estado ha ido reduciendo este papel, lo cual ha redundado en lo que se podría llamar una re-familiarización del cuidado. Este giro hacia la familia como lugar del cuidado suele conducir, en muchos casos, a la feminización e infravaloración del trabajo de cuidar.

En este mundo globalizado y cambiante, tan dinámico y tan fluido, deberíamos ir hacia una “reconciliación”, donde la familia, “el Estado y el mercado deberían estar funcionando juntos para maximizar la “participación” (entendida principalmente como una actividad económica retribuida) y el “equilibrio”. Se está instando a los distintos países a que desarrollen estrategias explícitas en torno al cuidado (especialmente el cuidado de los niños) y la vida familiar” (Daly, 2012: 630-631). En el caso de los niños, se está relegando parte del cuidado a mujeres emigrantes y, en el caso de las personas mayores, en algunos países se conceden subvenciones y ayudas para que sean esas mismas personas mayores quienes elijan cómo gastar dichas ayudas.

También la Unión Europea está exhortando a los países europeos a que desarrollen este tipo de políticas de apoyo y cuidado. Es lo que algunos autores (Morel, Palier & Palme, 2012) denominan “Estado social inversor” (*Social Investment Welfare State*). En el fondo de este planteamiento subyace la idea de que las políticas sociales no son una carga ni tampoco un obstáculo para el crecimiento económico, sino que, al contrario, son un elemento de gran trascendencia para el desarrollo económico y el crecimiento del empleo. Son, por tanto, en palabras de Gunnar y Alva Myrdal (socialdemócratas suecos Premios Nobel) “políticas sociales productivas”.

EL CUIDADO COMO UNA PRÁCTICA DEMOCRÁTICA

Anteriormente nos hemos referido a cuatro dimensiones fundamentales para definir el cuidado (*caring about, caring for, caring giving and care receiving*). Pues bien, Joan Tronto (2015) propone añadir una quinta característica a la definición de cuidado que ella misma y Fisher propusieron en 1990: el “caring with”. Esto

supone discutir las responsabilidades de las personas que están ejerciendo el trabajo del cuidado dentro de nuestras sociedades.

Para lograrlo, sería necesario un cambio en nuestra concepción de la democracia: “la democracia no es simplemente dar voz a la gente. Es dar a las personas una voz en la asignación de las responsabilidades del cuidado. Esto implica que todos aquellos que estén comprometidos en la vida política democrática han de tener la habilidad de expresar sus opiniones sobre la asignación de las responsabilidades del cuidado” (Tronto, 2015: 27). Esta idea supone un giro y una reconceptualización de nuestra idea de democracia, puesto que estamos acostumbrados a definir las democracias más en términos de libertades, de autonomía, y no en términos de vulnerabilidad de las personas que necesitan ser cuidadas.

Una democracia que tenga al cuidado como uno de sus ejes fundamentales se caracterizará por la libertad (no dominación), la igualdad (igualdad de voces) y la justicia (en la asignación de responsabilidades). Y esto significa que se atenderán las distintas necesidades de las personas y que habrá continuos diálogos y negociaciones sobre qué significa un “buen cuidado”, así como sobre quiénes deberían cuidar y qué personas deberían ser cuidadas (Tronto, 2013; Tronto, 2014; Walker, 2007; Visse, Abma & Widdershoven, 2015). También será fundamental escuchar las opiniones y perspectivas de quienes están recibiendo esos cuidados.

Fiona Robinson (2011) también defiende la idea de que la ética del cuidado es una ética de la responsabilidad democrática. Cuidar a otras personas de las que somos responsables no sólo tiene un significado moral, sino también político. Se trata “no sólo de plantear cuestiones sobre la naturaleza, cualidad y distribución del cuidado y del trabajo del cuidado en el centro del discurso público, sino que también hay que repensar las destrezas dialógicas necesarias para que el cuidado sea realmente efectivo” (Robinson, 2011: 859). Para ello, hay que trabajar en una doble dirección: por un lado, que los cuidadores desarrollen cualidades como la paciencia, la sensibilidad y la confianza, cualidades necesarias para el buen cuidado de las personas vulnerables. Por otro lado, también se requiere un diálogo sincero sobre la naturaleza y distribución de las responsabilidades del cuidado entre hombres y mujeres y, en general, entre las personas cuidadoras.

Además, habría que incorporar el cuidado al concepto de ciudadanía, de modo que el cuidado se incorpore de forma más inclusiva a las políticas y se considere como una práctica democrática (Sevenhuysen, 1998; Knijn & Kremer, 1997; Tronto, 2001; Zeymylas & Bozalek, 2011). Se trataría de fomentar una “ciudadanía cuidadora”, es decir, de acercar el concepto de “cuidado” a las políticas, de forma que se ponga un mayor énfasis en las capacidades de cuidar de todos los

ciudadanos. Desde esta perspectiva, por ejemplo, el cuidado se consideraría como una forma de práctica democrática inclusiva y se rechazaría la discriminación de colectivos como asilados (según la RAE) o refugiados que actualmente no gozarían del status de “ciudadanos” y que, por tanto, actualmente no son considerados como sujetos de derechos.

4. CONCLUSIONES

Desde la perspectiva de la ética del cuidado, es necesario renovar muchas políticas sociales democráticas: las políticas democráticas deberían centrarse en asignar responsabilidades para el cuidado y en asegurar que los ciudadanos democráticos sean capaces de participar en la asignación de esas responsabilidades (Tronto, 2013). Esto significa, por un lado, ampliar el concepto del cuidado más allá del ámbito privado e individual, convirtiendo al cuidado en un concepto más global, más universal. El cuidado del otro no es solamente una responsabilidad individual que se da dentro de un ámbito familiar, sino que también es una responsabilidad colectiva que también se extiende al horizonte de la comunidad democrática a la que pertenecemos.

Es necesario reconceptualizar el término “cuidado” y desarrollar de forma más amplia su significado dentro de las políticas de bienestar de los Estados de Bienestar contemporáneos (Daly & Lewis, 2000). Para ello, estas autoras proponen, más allá del tildado concepto de “cuidado”, el término “cuidado social”. Se trata de un concepto multidimensional: como forma de trabajo (más o menos pagada, más o menos formal o informal...), como obligación y responsabilidad (no sólo para las familias, sino también para la sociedad) y como una actividad que conlleva un coste económico y emocional (y que se da en el ámbito más o menos privado o público).

Por otro lado, la universalización del cuidado también supone que el cuidado no se dirija sólo hacia aquellos a quienes tenemos (o sentimos) más cerca, sino también a otras personas con las que nuestra relación no es tan cercana: extranjeros, inmigrantes, personas que buscan asilo en otros países...

En definitiva, para desarrollar una ética política del cuidado deberíamos considerar el cuidado como un concepto más universal, tanto desde la perspectiva de quién es el responsable de ese cuidado (individuos concretos, pero también la comunidad democrática) como respecto de las personas a las que hay que cuidar (no sólo las personas cercanas a nosotros, sino también a otras con quienes no existe esa proximidad).

La ética del cuidado es útil a la hora de enfrentarnos a situaciones injustas de desigualdad y discriminación ya sea a nivel personal, legal, político o global (Noddings, 2003; Held, 2006; Comins, 2015). De hecho, es tan importante la justicia que regula y afecta al cuidado en el ámbito privado, como la que afecta al cuidado que se origina en el ámbito público (Friedman, 1995).

Precisamente para evitar estas situaciones de desigualdad y discriminación, el cuidado debe ser considerado como un derecho fundamental que se encuentre regulado por un Estado que deberá diseñar e implementar políticas que lo garanticen. La ética del cuidado nos exige, por tanto, la responsabilidad por el cuidado de los demás en el ámbito privado, pero también sienta las bases para exhortar a los Estados la universalización de la responsabilidad de cuidado, así como la regulación del derecho a cuidar, a ser cuidados y a destinar recursos para ello (Faerman, 2015).

5. BIBLIOGRAFÍA

- BENHABIB, S. (1992). Una revisión del debate sobre las mujeres y la teoría moral. *Isegoría*, 6, 37-63.
- BETTIO, F. & PLANTENGA, J. (2004). Comparing care regimes in Europe. *Feminist Economics*, 10 (1), 85-113. doi: 10.1080/1354570042000198245
- COMINS, I. (2015). La ética del cuidado en sociedades globalizadas: hacia una ciudadanía cosmopolita. *Thémata. Revista de Filosofía*, 52, 159-178. doi: 10.12795/themata.2015.i52.09
- CORTINA, A. (2010). *Justicia cordial*. Madrid: Minima Trotta.
- DALY, M. (2002). Care as a good for public policy. *Journal of Social Policy*, 32 (2), 251-270.
- DALY, M. (2012). Making policy for care: experience in Europe and its implications in Asia. *International Journal of Sociology and Social Policy*, 32 (11/12), 623-635. doi: 10.1108/01443331211280674
- DALY, M. & LEWIS, J. (2000). The concept of social care and the analysis of contemporary welfare states. *British Journal of Sociology*, 51 (2), 281-298. doi: 10.1111/j.1468-4446.2000.00281.x
- FAERMAN, R. (2015). Ética del cuidado: Una mirada diferente en el debate moral. *Revista de Teoría del Derecho de la Universidad de Palermo*, 2 (1), 123-146.
- FISHER, B. & TRONTO, J. (1991). "Towards a Feminist Theory of Care", In E. Able & M. Nelson. *Circles of Care: Work and Identity in Women's Lives* (pp. 35-62). Albany: State University New York Press.
- FRIEDMAN, M. (1995). "Beyond caring". In V. Held. *Justice and care. Essential readings in feminist ethics*. Oxford: Westview.

- GILLIGAN, C. (1982). *In a different voice: psychological theory and women's development*. Cambridge: Harvard University Press.
- GRAHAM, H. (1983). "Caring: a labour of love". In Finch, J. & Groves, D. (eds) *A Labour of Love: Women, Work and Caring*, London: Routledge & Kegan Paul.
- GRAHAM, H. (1991). The Concept of Caring in Feminist Research: The Case of Domestic Service. *Sociology*, 25 (1), 61-78. doi: 10.1177/0038038591025001004
- HELD, V. (2005). *The Ethics of Care Personal, Political and Global*. New York: Oxford University Press.
- JAGGAR, A. (1995). "Caring as a feminist practice of moral reason". In V. Held. *Justice and care. Essential readings in feminist ethics*. Oxford: Westview.
- KNIJN, T. & KREMER, M. (1997). Gender and the Caring Dimension of Welfare States: towards inclusive citizenship. *Social Politics*, 4 (3), 328-361. doi: 0.1093/oxfordjournals.sp.a034270
- KOHLBERG, L. (1981). *The philosophy of moral development*. San Francisco: Harper & Row.
- MEDINA-VICENT, M. (2016). La ética del cuidado y Carol Gilligan: una crítica a la teoría del desarrollo moral de Kohlberg para la definición de un nivel moral postconvencional contextualista. *Daimon*, 67, 83-98.
- MOREL, N., PALIER, B., & PALME, J. (2012). Beyond the Welfare State as we knew it?. In *Towards a Social Investment Welfare State? Ideas, Policies and Challenges* (pp. 1-87). Bristol: Policy Press.
- NODDINGS, N. (2003). *Caring. A feminine approach to ethics and moral education*. California: University of California Press.
- NUSSBAUM, M. (2002). Introduction to the symposium on Eva Kittay's love's labor: Essays on women, equality and dependency. *Hypatia. Journal of feminist philosophy*, 17, (3), 194-199.
- OKIN, S.M. (1989). *Justice, Gender and the Family*. Princeton, N.J.: Princeton University Press.
- PFAU-EFFINGER, B. (2005). Welfare state policies and the development of care arrangements. *European Societies*, 7 (2), 321-347. doi: 10.1080/14616690500083592
- ROBINSON, F. (2011). Stop talking and listen: discourse ethics and feminist care ethics in international political theory. *Millennium: Journal of International Studies*, 39 (3), 845-860. doi: 10.1177/0305829811401176
- RUMMERY, K. (2011). A comparative analysis of personalisation: balancing an ethic of care with user empowerment. *Ethics and Social Welfare*, 5 (2), 138-152. doi: 10.1080/17496535.2011.571064
- SEVENHUIJSEN, S. (2003). The place of care. The relevance of the feminist ethic of care for social policy. *Feminist Theory*, 4 (2), 179-197. doi: 10.1177/14647001030042006

- SIPILA, J. (Ed.) (1997). *Social Care Services: The Key to the Scandinavian Welfare Model*. Aldershot: Avebury.
- THOMAS, C. (1993). De-constructing Concepts of Care. *Sociology*, 27 (4), 649-669.
- TRONTO, J.C. (1993). *Moral Boundaries: A Political Argument for an Ethic of Care*. London: Routledge.
- TRONTO, J.C. (2001). "Who Cares? Public and Private Caring and the Rethinking of Citizenship". In N. Hirschmann & U. Liebert (Eds.). *Women and Welfare: Theory and Practice in the United States and Europe* (pp. 65-83). New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- TRONTO, J.C. (2013). *Caring Democracy: Markets, Equality and Justice*. New York: NYU Press.
- TRONTO, J.C. (2014). "Moral Boundaries after Twenty Years: From Limits to Possibilities". In G. Olthuis; H. Kohlen & J. Heier (Eds.). *Moral Boundaries Redrawn: The Significance of Joan Tronto's Argument for Political Theory*, Professional Ethics and Care as Practice. Ethics of Care (vol. 3). Leuven: Peeters.
- TRONTO, J.C. (2015). "Democratic caring and global care responsibilities". In M. Barnes et al (Eds.). *Ethics of Care. Critical Advances in International Perspective* (pp. 21-30). Bristol and Chigago: Policy Press.
- UNGERSON, C. (1987). *Policy is Personal: Sex, Gender and Informal Care*. London: Routledge.
- UNGERSON, C. (1997). Social politics and the commodification of care. *Social Politics*, 4 (3), 362-382. doi: 10.1093/sp/4.3.362
- VISSE, M.; ABMA, T. & WIDDERSHOVEN, G. (2015). Practising Political Care Ethics: Can Responsive Evaluation Foster Democratic Care?. *Ethics and Social Welfare*, 9 (2), pp. 164-182. doi: 10.1080/17496535.2015.1005550
- WALKER, M.U. (2007). *Moral Understandings. A Feminist Study in Ethics*. London: Routledge.
- YOUNG, I.M. (1997). Asymmetrical Reciprocity: on moral respect, wonder and enlarged thought. *Constellations*, 3 (3), 340-363.
- ZEMBYLAS, M. & BOZALEK, V. (2011). The Council of Europe's White Paper on Intercultural Dialogue: an analysis using the ethic of care. *Policy Futures in Education*, 9 (1), 13-21.

POBREZA Y EXCLUSIÓN: REINTERPRETACIÓN DESDE EL TRABAJO SOCIAL PARA UN SISTEMA DE BIENESTAR SOSTENIBLE

Jorge M. L. Ferreira

*Profesor Auxiliar. Trabajo Social. Departamento de Ciencia Política y Políticas Públicas. ISCTE –
Instituto Universitario de Lisboa. jorge.manuel.ferreira@iscte.pt*

Pablo Álvarez Pérez

*Profesor Auxiliar. Trabajo Social. Departamento de Ciencia Política y Políticas Públicas. ISCTE –
Instituto Universitario de Lisboa. pablo.alvarez@iscte.pt*

Sumario: La exclusión como proceso. Dimensiones subyacentes a la exclusión. La multifactorialidad y multidimensionalidad de un fenómeno complejo. La multifactorialidad de la exclusión europea en datos: ¿realidad estable?. Una mirada desde el Trabajo Social frente al problema de la pobreza. Políticas Sociales, Pobreza y Trabajo Social. Reflexiones finales. Bibliografía.

Resumen

En este capítulo incluimos un conjunto de cuestiones sobre la pobreza y la exclusión a partir de una mirada crítica del Trabajo Social. En particular discutimos dos objetivos de la política social: la reducción de la pobreza a través de transferencias sociales y provisión de servicios sociales y, por otro lado, la actuación de naturaleza preventiva entre los nuevos factores de empobrecimiento en la sociedad. Utilizamos una metodología de análisis deductiva orientada por el paradigma interpretativo y centrada en el análisis documental, siendo acompañada por el método de reflexividad en Trabajo Social. Una de las referencias sobre la diferenciación entre pobreza y exclusión social es la de Tezanos (1999), quien establece criterios comparativos para dejar en claro cuáles son los elementos más esenciales de cada término. Concluimos con una propuesta de intervención del Trabajo Social Estructural.

Conceptos centrales: Bienestar; Exclusión; Pobreza; Políticas Sociales; Trabajo Social; Sostenibilidad.

1. LA EXCLUSIÓN COMO PROCESO

La exclusión no es sinónimo de pobreza. Es un término mucho más completo que no considera únicamente la dimensión económica en la categorización de las

personas (Raya, 2006, p.28). Esto tampoco nos debe llevar a englobar dentro de la exclusión a la pobreza puesto que sería un retroceso eliminar el dinamismo que conlleva el primer término para reducirlo al estatismo del segundo (Bruto, 1998). La exclusión se manifiesta a través de unos *handicaps* agrupables en tres enunciados: la exclusión política, la exclusión del mercado de trabajo, y la exclusión social (1998, p.13). Tal y como concluye el autor, la idea de *social* incluye lo referido a lo político y económico, por lo que centraremos el discurso en este concepto.

Cabe advertir que hacer un repaso de la exclusión conlleva un problema en la delimitación del término debido a su amplitud, así como por la delgada línea que puede existir entre los “integrados” y los “excluidos” (Anisi, 2003). Se podría decir que la exclusión social es un fenómeno de carácter estructural inherente al pensamiento y lógica del sistema socioeconómico imperante y que es generado y alimentado por la propia sociedad (Subirats et al., 2004, p.18), y como se ha mencionado atrás, no es tanto una situación estable e inamovible sino un proceso dinámico y que afecta cada vez a más personas y más diversas.

Como cualquier proceso o trayectoria, es evidente la existencia de etapas o fases. Ciertamente no tienen un carácter lineal, aunque sí un principio y un final (Estivill, 2003, p.37). En el caso de la exclusión, las distintas fases traen consigo progresos, retrocesos, desavenencias y cambios de ritmo (Moriña, 2007, p.14), pero siempre tienen una trayectoria en medio del caos. Esta apreciación trae inherente la idea de tiempo. Es por ello que la dimensión temporal y la socioespacial están integradas en todos los procesos: todo sucede en un lugar y momento determinado (Subirats, 2006).

Aceptar el caos del proceso y el carácter no lineal del mismo nos lleva a confirmar la existencia de una fluctuación entre la inclusión y exclusión que determina la posición de un sujeto dependiendo del lugar y momento en el que se encuentre. Uno de los factores más importantes a tener en cuenta en el proceso de inclusión o exclusión, aunque no el único, es el laboral. Para Castel (1992, 1995, 2004) existen tres espacios sociales que surgen de la combinación de los factores laborales y sociales: 1) *zona de integración, seguridad o estabilidad*, que corresponde a la situación típico-ideal de la población con trabajo y protección social asegurada y sólida relación familiar y vecinal.

Aunque en este grupo existen grandes desigualdades sociales, éstas no suponen una amenaza para la estabilidad social. 2) *Zona de vulnerabilidad, precariedad o inestabilidad*. La situación se caracteriza por la fragilidad, la inseguridad de las relaciones laborales precarias y la inadecuación de los soportes familiares y sociales. 3) *Zona de exclusión o marginación*. Se caracteriza por una retirada del mundo laboral,

la ausencia de otro tipo de protección social y aislamiento social. Este grupo sufre las formas más extremas de pobreza, carece de acceso a las formas normalizadas de participación social y son incapaces de salir por sí solos de esta situación. En este grupo se encuentran los tradicionales beneficiarios de la asistencia social. Su reducido volumen no lo hace relevante en la desigualdad social.

El aumento de las zonas implica pormenorizar los pasos desde la inclusión hasta su extremo opuesto, por lo que significa un esfuerzo conceptual por llegar a describir este itinerario. Ejemplo de ello es la *zona de asistencia* de Tezanos (1999, p. 48) que la sitúa entre la vulnerabilidad y la exclusión; o los siete espacios de García Serrano, Malo y Rodríguez Cabrero (2005, p. 85). Ellos dividen en tres la zona de integración de Castel, teniendo como resultado: a) integración total, b) erosión de las redes sociales, y c) pobreza integrada. En cuanto a la zona de vulnerabilidad, la división que proponen sería: a) pobreza económica, referida a problemas de vivienda y redes sociales de apoyo, y b) exclusión social, entendida como economía sumergida, problemas de vivienda y de redes socio-familiares de apoyo. Por último, dividen en dos la zona de exclusión, teniendo como resultado: a) exclusión social severa, esto es, economía sumergida incluso la considerada como delito, y b) marginación y muerte social del individuo.

2. DIMENSIONES SUBYACENTES A LA EXCLUSIÓN

Exclusión social puede definirse como un proceso dinámico, de carácter estructural y multidimensional propio de la sociedad postindustrial que afecta a diferentes grupos sociales en diversos ámbitos de sus vidas, por lo que también tiene un componente subjetivo/individual. Es por ello que no se lo puede relacionar únicamente con el desempleo, aunque suela ocurrir con frecuencia puesto que existen personas con trabajo que pueden estar en situación de exclusión. Con esto queremos decir que el término va más allá del cariz económico y que implica un cúmulo de factores que pueden presentarse con diferente intensidad.

Pero ¿cuál es el significado de los componentes de esta definición? ¿Qué lo hace diferenciarse de otros términos que en muchas ocasiones se utilizan como sinónimos? Así como Tezanos ofrece una versión esquemática de las diferencias de la exclusión social con la pobreza, es necesario detenerse en los elementos que componen el concepto que nos atañe para entender de una mejor manera su significado.

En primer lugar se dice que es un *fenómeno estructural*. Aunque sea cierto que, como veremos más adelante, la exclusión social tenga factores individuales-

subjetivos dependiendo de cómo lo viva la persona, el fondo del asunto es de raíz estructural, es decir, de conformación misma de la sociedad postindustrial o tecnológica y cómo en ella se han ido generando estas dinámicas de exclusión que han incapacitado a los diferentes grupos afectados a integrarse de forma plena en la sociedad y poniendo en entredicho la ciudadanía. Estos cambios como propios de la estructura son los relacionados con la familia, las relaciones sociales, los niveles de cobertura del estado de Bienestar y el mercado de trabajo (Subirats y Gomà, 2003, p.19; Laparra et al., 2007, p.30; Tezanos, 1991, p.31).

El fenómeno estructural debe entenderse de forma relativa puesto que dependerá del contexto social, es decir, en función del espacio y tiempo concreto donde se dé (Hernández, 2008, p.39; Tezanos, 2001, p.204; Barman, 2001, p.11). Es por ello que puede hacerse fuerte o debilitarse según la intensidad del binomio estructura-contexto. Por esta razón podríamos entender que la exclusión social es el resultado de la combinación entre las estructuras social, política, cultural y económica, y su intensidad dependerá de la mezcla que exista entre todas ellas.

En segundo lugar se entiende como un *fenómeno dinámico*. Como se ha comentado anteriormente, la idea de dinamismo y no estatismo ha estado siempre presente en el concepto (Castel, 1992, 1994; Subirats, 2005, 2006; Estivill, 2003; Moríña, 2007; Laparra et al., 2007; Raya, 2006; Bruto, 1998). Si una de las características de la exclusión social es su cariz procesal, se sobrentiende que tiene una trayectoria, un inicio y, en su caso, un fin, un recorrido tanto social como individual (Subirats, 2005, p.19) y por ello no es estable, sino cambiante, en movimiento.

Así como pueden cambiar aspectos en la estructura que terminan por afectar a la sociedad en general y más concretamente a grupos específicos de especial vulnerabilidad, las situaciones particulares de las personas también cambian, por lo que los grupos vulnerables no siempre son los mismos y tampoco son las mismas personas las que están en riesgo de exclusión. Por ello, las fronteras son móviles, y en el caso de Europa, es entendida no como una situación de desigualdad estática, sino como un proceso de alejamiento de algunos individuos respecto al centro de la sociedad (Laparra et al., 2007, p.40).

3. LA MULTIFACTORIALIDAD Y MULTIDIMENSIONALIDAD DE UN FENÓMENO COMPLEJO

La exclusión social también es entendida como *multifactorial y multidimensional*. Como es lógico, este fenómeno no puede entenderse como monocausal

o unifactorial puesto que es un proceso en el que convergen una multiplicidad de causas y factores (Gaviria, Laparra y Aguilar, 1995; Tezanos, 1999; Brugué, Gomà y Subirats, 2002; Subirats, 2005; Raya, 2006). Como se ha recalado con anterioridad, muchos son los agentes que se prestan para que surja la exclusión. Veámos cómo la estructura social, el sistema económico, la política, la cultura y hasta factores individuales son parte del problema.

En cuanto a las causas, es Tezanos (2001, p.184) quien ofrece un listado de ellas según datos recabados de la opinión pública, y son, según el orden de prioridad, las siguientes: el aumento del paro, las drogas, las dificultades de los jóvenes para encontrar trabajo, la falta de vivienda, la crisis de la familia, los recortes salariales, la disminución de las pensiones, el recorte de las políticas sociales y el deterioro de las zonas urbanas.

El desempleo desprotegido, la enfermedad o la discapacidad, el bajo nivel formativo, la pobreza severa, la falta de experiencia laboral debido al trabajo doméstico, la precariedad laboral, el analfabetismo, el aislamiento relacional, la precariedad económica asistida en el hogar y las dificultades económicas en el hogar, son para Subirats (2004, p.96), los diez principales factores de exclusión social, enumerados según el orden de importancia.

La exclusión social afecta a diversos aspectos o dimensiones de la vida, de ahí que se entienda como multidimensional. Una de las propuestas más aceptadas (Hernández, 2008, p.43) es la ofrecida por Subirats, ya que destaca siete dimensiones, que son: la económica, laboral, formativa, socio-sanitaria, residencial, relacional, y ciudadanía y participación. Estas dimensiones están influidas por una serie de factores que, a su vez, están atravesados por cuatro ejes de desigualdad social que serían el género, la edad, la raza-etnia y la clase social.

Según el Consejo Económico y Social (CES, 2001), existen cuatro dimensiones de la pobreza y exclusión que son: la educación, el trabajo, la salud y la vivienda. Por contrapartida, Tezanos (1999, p.44) establece cinco esferas, siendo éstas la laboral, la económica, cultural, personal y social, y a las que asigna diversos factores de inclusión-exclusión. López-Aranguren (2005, p.186) hace hincapié en uno de los aspectos más relevantes de nuestros tiempos, es decir, la dimensión digital, entendiendo por excluidos aquellos que no son capaces (o no tienen la oportunidad) de manejar Nuevas Tecnologías de la Información y del Conocimiento, por lo que se les imposibilita poder participar plenamente en la nueva sociedad. Por otra parte, Laparra y Otros (2007, pp.21-27) establecen tres ámbitos de la exclusión que concuerdan con las dimensiones de la ciudadanía (económica, política y social) a las que asignan, a cada una de ellas, dos aspectos vitales, teniendo como

resultado que, los aspectos para la dimensión económica serían la participación en la producción (entendida como la exclusión de la relación salarial normalizada) y la participación en el consumo (entendida como la pobreza económica o la privación); para la dimensión política, la ciudadanía política y la ciudadanía social; y para la dimensión social (relacional), la ausencia de lazos sociales y las relaciones sociales perversas.

Se entiende por falta de ciudadanía política el no acceso efectivo a los derechos políticos y abstencionismo y pasividad política, mientras que la falta de ciudadanía social como el acceso limitado a los sistemas de protección social (sanidad, educación, vivienda y garantía de ingresos). Por último, la ausencia de lazos sociales significa aislamiento social y falta de apoyos sociales, mientras que las relaciones sociales perversas hacen alusión a la integración de la persona en redes sociales “desviadas” así como a la conflictividad social (conductas anómicas) y familiar (violencia doméstica).

4. LA MULTIFACTORIALIDAD DE LA EXCLUSIÓN EUROPEA EN DATOS: ¿REALIDAD ESTABLE?

Los datos relativos al riesgo de caer en pobreza o exclusión social en Europa ponen de manifiesto dos realidades: por un lado, que la media no ha descendido de manera considerable en los últimos nueve años, siendo muy baja la variación interanual (1,4%). Por otro lado, que el porcentaje de población en riesgo es elevado. Se ha pasado del 25,8% en 2005 al 24,4% en 2014, o lo que es lo mismo, un cuarto de la población europea es susceptible de caer en exclusión.

Al contrario de lo que ocurre en Europa, siete de los once países implicados en el estudio¹ muestra tendencias de empeoramiento del empobrecimiento. El más afectado, Grecia, que pasó del 29,4% en 2005 al 36% en 2014. España también aumentó la media interanual entre los mismos años un 4,9%, y Portugal, 1,4%.

Para profundizar en el análisis, examinaremos con mayor detenimiento dos factores influyentes en la exclusión: el empleo y el nivel de estudios. Con respecto al primero, constatamos que en 2014, un cuarto de la población europea empleada estaba en riesgo de pobreza. Los casos más graves fueron Grecia y Portugal, con casi un tercio de sus empleados. Pero el empobrecimiento respecto al empleo quizás no

¹ Los países implicados en el estudio fueron seleccionados bajo criterios de representación geográfica a nivel europeo, y fueron: Bélgica, Grecia, España, Francia, Italia, Chipre, Lituania, Portugal, Eslovenia, Finlandia y Reino Unido.

ha tenido un análisis en profundidad desde la perspectiva de los empresarios. Los datos del EUROSTAT demuestran que son tenidos en cuenta a partir de 2009, tras la crisis económica, siendo que uno de cada diez empleadores está en riesgo de pobreza. Esta media sube considerablemente en el caso de los países del sur de Europa (Grecia, España, Italia, Chipre y Portugal) y Lituania.

Una de las pocas medias que ha bajado año a año desde 2005 es el nivel de empobrecimiento de las personas que están retiradas. De media, en Europa, hay un 18,5% en riesgo de pobreza, 9,3 puntos porcentuales menos que en 2005. Todos los países estudiados han seguido esta tendencia, aunque para algunos los números siguen siendo considerablemente altos (Lituania 34,2%, Chipre 27,7%, y Grecia 25,6%).

Con respecto al segundo factor, verificamos que la exclusión social según la media de estudios es un indicador importante para entender cómo un país absorbe un conjunto poblacional con al menos un mínimo de estudios dentro de mecanismos de protección como el trabajo. Básicamente es una forma de diferenciar el riesgo de pobreza entre quienes saben leer y escribir y los analfabetos.

Aquellos con estudios básicos, además de ser quienes más riesgo tienen, son los únicos que han agravado su situación de manera general en Europa, pasando del 34,1% en 2005 al 34,8% en 2014. Excepto Lituania, Chipre y Reino Unido, todos los países han empeorado sus medias interanuales, siendo Portugal (6,7% más respecto a 2005) y España (6%) las que más han aumentado su brecha.

Si analizamos estas estadísticas en función del riesgo que tienen los niños (menores de 18 años) de acuerdo al nivel de estudio de sus padres, la situación se recrudece aún más. En Europa, 6 de cada diez menores cuyos padres tenían educación básica en 2014 estaban en riesgo de exclusión. No es un dato que haya mejorado con el tiempo, sino todo lo contrario: la cifra ha aumentado 10,3 puntos porcentuales desde 2005. Por su parte, el riesgo de pobreza en hijos de progenitores con estudios secundarios cae a la mitad (32,1%), aunque también ha aumentado en casi todos los países desde 2005.

Los datos europeos ponen de manifiesto algunas cuestiones, de entre las que destacamos: a) los estudios son un factor de protección; b) a mayor nivel, mayor protección; c) Ha habido un estancamiento, e incluso empeoramiento, en la evolución de la inclusión a través de este indicador, d) los estudios por sí solos no garantizan la inclusión social y deben ser vistos en una óptica más holística teniendo en cuenta otros factores; y e) el riesgo de exclusión de quienes tienen estudios básicos es tres veces más elevado que los que tienen estudios terciarios y un 9,4% más que la población en riesgo en general. Algunas hipótesis a la luz de

los datos, son: a) incapacidad del mercado laboral de absorber y colocar a los que están “sobre-cualificados”; b) falta de adaptación del sistema educativo, en todos sus niveles, a los tiempos de hoy y a las exigencias del mercado de trabajo; y c) precarización de los puestos de trabajo en función del nivel de estudios.

Estos datos revelan grosso modo que, contrario a lo que plantean los objetivos del horizonte 2020, las condiciones de vida, o se mantienen o empeoran, por lo que es necesaria una revisión crítica de las políticas públicas de protección social de los estados miembro y una reflexión objetiva, a la luz de los hechos, acerca de los conceptos que construyen la idea de pobreza, teniendo presente los términos de ciudadanía y partición social como ejes transversales, con el objetivo de elaborar instrumentos que faciliten las decisiones sobre las estrategias más eficientes y eficaces en la lucha por su erradicación.

5. UNA MIRADA DESDE EL TRABAJO SOCIAL FRENTE AL PROBLEMA DE LA POBREZA

El Trabajo Social, como Ciencia Social que busca la mejora de la calidad de vida y bienestar de todo ciudadano en sociedad, desarrolla una intervención centrada en la promoción de competencias y habilidades sociales de la persona con el objetivo de orientarlas para ganar autonomía y participación efectiva en el cambio de su situación socioeconómica como sujeto jurídico en la comunidad donde vive.

En esta perspectiva el Trabajo Social asume en su intervención tres orientaciones posibles: Un mero ejecutor de las políticas públicas y sociales; Un tecnócrata al servicio de la burocracia institucional; Un especialista que interviene con la persona en el refuerzo de su autoestima, de su empoderamiento, de ganancias de nuevas competencias de autonomía de vida, estableciendo redes de cooperación en la resolución del problema y asociando recursos formales (medidas de políticas públicas y sociales) Y recursos informales (red de proximidad y familia).

Cada una de estas intervenciones va a producir un resultado diferente, es decir, que puede promover la transmisión intergeneracional, el acomodamiento de la persona a su situación de pobre o puede promover ante la persona nuevas oportunidades y nuevos horizontes de vida que conduzcan a la alteración de su situación social y económica.

Al revisar la literatura actual verificamos que

se observa una alteración del perfil de la población pobre: disminuyó acen-
tuadamente la pobreza de los ancianos, aumentó la incidencia de pobreza de la

población con edad activa y aumenta, a niveles muy elevados (por encima de 25%) la incidencia de la pobreza infantil. De hecho, en los últimos años se ha producido un aumento de la pobreza entre las familias con hijos (Pereirinha, 2016, p. 129).

Sabemos hoy que la pobreza es tanto un problema individual como un problema familiar y que puede verificarse en grupos cualificados y no cualificados, lo que nos alerta de nuevos factores que influyen en la pobreza, en particular, el desempleo y los problemas de salud crónicos o terminales. Diagnóstico que reclama del Trabajo Social nuevas intervenciones que integren al sujeto y que involucren a los recursos comunitarios de proximidad ricos en un proceso de redistribución de bienes y promoción de oportunidades que faciliten la reducción de las desigualdades sociales. “Parece no poder considerarse suficiente encarar la erradicación de la pobreza sólo a través de transferencias monetarias.” (Pereirinha, 2016, p.130).

El Trabajo Social debe asumir un papel preventivo que incluya su dimensión política de proactividad y cambio social interviniendo por un lado en las ganancias de competencias de la persona pero también en el desarrollo ambiental y ecológico de las comunidades locales fortaleciendo su tejido económico e industrial y la rentabilización de los recursos naturales locales, haciendo propuestas de emprendimiento e iniciativas creativas, tal y como dice Pereirinha, “(...) existe otro aspecto que se deriva de los anteriores y que coloca en otro plano la estrategia de erradicación de la pobreza: la prevención”. (Pereirinha, 2016, p.132).

6. POLÍTICAS SOCIALES, POBREZA Y TRABAJO SOCIAL

El modelo de sociedad actual requiere de las políticas públicas y sociales nuevas orientaciones que extravasen respuestas prisioneras del Estado para una cooperación de medidas de naturaleza pública (Estado) y medidas de proximidad (Sociedad Civil) que respondan por un lado a las necesidades sociales, pero también al fortalecimiento de la ciudadanía social activa de la persona.

Como refiere Albuquerque “en el contexto actual es, de hecho, esencial una política de protección social que considere de manera integral el ciclo de vida y no sólo medidas dirigidas a ciertos momentos del ciclo (...)” (Albuquerque, 2016, p.11). Así, como refiere Pereirinha,

no es posible idear una estrategia de erradicación de la pobreza sin pensar críticamente sobre el perfil productivo de la economía (...) y en los factores que determinan el reparto de competencias profesionales y su relación con la

formación de los salarios. Por otro lado, no es posible pensar en la reducción de la pobreza sin cuestionar el sistema de protección social, las reglas de formación de las pensiones, su relación con el salario y la carrera contributiva (Pereirinha, 2016, p.131).

En este marco se presentan nuevos riesgos sociales (Armington y Bonoli, 2006), que según Pereirinha (2016) son “situaciones en que las personas enfrentan pérdidas de bienestar como resultado de las transformaciones socioeconómicas que ocurrieron en las últimas tres o cuatro décadas, en lo que se puede designar por postindustrialización” (p.132). Situación que produce cambios significativos en la vida del ciudadano y de las familias, principalmente en grupos de edad identificados con la edad activa de trabajo. Según Albuquerque,

en la noción de nuevos riesgos sociales podemos enmarcar, entre otras realidades, la nueva pobreza, la reconciliación del trabajo y de la vida familiar, las cuestiones asociadas a la monoparentalidad, a la dependencia (...), a la (in) flexibilidad del mercado de trabajo, las transformaciones del ciclo de vida (...), los impactos del cambio climático (Albuquerque, 2016, p.10).

El riesgo de pobreza se asocia al aumento de los gastos sociales en la atención de salud, en los gastos sociales y en las prestaciones familiares, en particular en la protección social a la vejez y en la atención infantil y educación preescolar. (Pereirinha, 2016).

En este ámbito han surgido políticas que apuntan a la conciliación de vida familiar y vida laboral que están condicionadas por el

aumento de la tercerización de la economía, con las posibles consecuencias (...). Es también un factor que agrava la necesidad de conciliación de la vida profesional y personal, un aspecto de agravamiento de la calidad de vida que afecta especialmente a las familias con hijos con bajo rendimiento, lo que agrava el riesgo de pobreza (Pereirinha, 2016, p.134).

Las respuestas sociales que soportan la intervención social en los contextos de pobreza pueden ser **respuestas directas** y **respuestas indirectas**. Las primeras son

actuaciones dirigidas directamente al problema social, sea una situación general de la sociedad (desempleo, sostenibilidad financiera de la seguridad social, la existencia de regiones en depresión económica y pobreza, etc.) sea la que caracteriza a un grupo social (problemas de cuidado personal de los ancianos,

problemas de fracaso y abandono escolar en la población joven que asiste a la enseñanza secundaria, etc.) (Pereirinha, 2008, p.94 en Ferreira, 2017).

Las respuestas indirectas, o sea, aquellas que no se dirigen directamente al problema en sí pero que indirectamente van a tener efecto sobre él. En este caso,

el crecimiento económico actúa favorablemente sobre el empleo y sobre el rendimiento de las familias, por lo que, promoviéndolo se está resolviendo los problemas del desempleo y de la pobreza sin que haya sido necesario dirigir la acción a los desempleados o a la población pobre (Pereirinha, 2008, p.94 en Ferreira, 2017).

En este marco, el Trabajo Social debe orientar su acción por el concepto de

inversión social (un Estado social más orientado hacia la mejora del capital humano, en vez de políticas pasivas traducidas en la asignación de transferencias sociales) y la dimensión de los servicios (el Estado social debe ser más proveedor de servicios, (...)) más que asentar su acción en una lógica de mera atribución de transferencias monetarias) (Pereirinha, 2016, p.135).

El Trabajo Social como profesión y área de conocimiento está identificado con el perfil adecuado para promover una intervención informada y sostenida en las situaciones de pobreza ya que se fundamenta en lo cuestionamiento de los problemas sociales que suscita una intervención informada en los referenciales teóricos que permiten o facilitan la comprensión y clarificación de las dinámicas sociales y de los procesos psicosociales que originan la vulnerabilidad de los ciudadanos y la consiguiente situación de pobreza. Compete al Trabajo Social diagnosticar las causas de los problemas –y no sólo los síntomas– y desarrollar respuestas sociales eficaces promotoras de inclusión social al grupo de la población que no reúne los recursos necesarios para desarrollar ese camino solo, por lo que significa que es una intervención que obliga a la movilización de teorías científicas de las ciencias sociales.

La corriente teórica más identificada con las situaciones de pobreza y vulnerabilidad social se llama Trabajo Social Estructural (Mullaly, 2007). Ann Davis (1991, apud Mullaly, 2007) nos presenta dos enfoques sobre el Trabajo Social estructural:

Ambos enfoques nos ofrecen un análisis paradójico de los problemas sociales y de la propuesta de intervención a seguir para superarlos, fomentando diferentes puntos de partida para la práctica del Trabajo Social. Un enfoque defiende el mantenimiento del sistema, dentro de determinadas condiciones, privilegiando una práctica basada en el consenso, considerando que la discriminación experi-

mentada por los individuos y grupos vulnerables puede ser superada ante las organizaciones e instituciones políticas a través de la abogacía. Otro de los enfoques defiende la transformación de las estructuras que concurren para la perpetuación de las desigualdades sociales y mira al conflicto como motor de cambio; la práctica tiene como objetivo aliviar a los usuarios de la situación en que se encuentran y, al mismo tiempo, luchar contra los mecanismos sociales que los oprimen (Mullaly, 2007, p.211).

El Trabajo Social Estructural se asocia a la teoría crítica desarrollando una intervención en contextos holísticos, con el objetivo de reformar o promover cambios en la sociedad, no sólo centrados en la garantía de los derechos sociales, sino también, y prioritariamente, en la promoción de los Derechos Humanos facilitadores de expresión de opinión y autonomía y participación en el debate público. En esta matriz el Trabajo Social promueve una intervención multiprofesional para el cambio social de las estructuras a favor de los ciudadanos que viven en vulnerabilidad social o en precarización de vida. De acuerdo con Mullaly (2007), una de las especificidades del Trabajo Social Estructural consiste en la no diferenciación o priorización de las situaciones, mirando de igual modo todas las formas de opresión - etnocentrismo, racismo, patriarcalismo, discriminación étnica, sexual, etc.

La teoría crítica se define como una teoría con intencionalidades prácticas. Como su propio nombre sugiere, es una teoría crítica en relación a las instituciones, a las prácticas sociales y a las políticas existentes, sin embargo, este criticismo no pretende solamente mostrar que la sociedad es injusta... la teoría crítica es entendida por sus adeptos como un instrumento de transformación social. El eslabón entre la teoría social y la acción política es, probablemente, su principal característica; si esta teoría no implicase una dimensión práctica, ciertamente perdería todo sentido (Mullaly, 2007, p.215).

De acuerdo con Mullaly (2007), los trabajadores sociales que orientan su práctica desde una perspectiva radical se aproximan fácilmente a los valores e ideales socialistas, considerando que los “profesionales radicales” normalmente comparten una visión progresista del Trabajo Social próximo al socialismo, aunque podamos encontrar una diversidad de posiciones. Para Clark y Asquith (1985, apud Mullaly 2007), todos los trabajadores sociales cercanos a los ideales socialistas –desde los más conservadores reformistas a los más revolucionarios marxistas– son más propensos a adoptar una postura más radical. Langan y Lee consideran que una parte muy importante de los profesionales –socialistas y no socialistas– empiezan a sentirse atraídos por la perspectiva del Trabajo Social Radical a medida que des-

cubren que los modos de intervenir convencionales son bastante limitados para resolver los complejos problemas que enfrentan. (1989, apud Mullaly, 2007).

Las diferentes escuelas de pensamiento radical se encuadran en una de las tres principales escuelas de pensamiento socialista –social democracia, marxismo evolucionario o marxismo revolucionario–. De esta asociación resultan varios posicionamientos con diferentes grados de “radicalismo”. Mullaly y Keating (1991) sostienen que la posición de los trabajadores sociales “radicales” está condicionada en función de tres aspectos: (1) su posición sobre el estado social en las sociedades capitalistas; (2) de lo que consideran ser las fuentes de opresión; y (3) de la prioridad dada a lo individual y a lo político en el trabajo de la transformación social.

Concluimos que el Trabajo Social Estructural trabaja con estrategias y planes de administración pública y servicios sociales, crea espacios de inclusión, participación y solidaridad social. Trabaja con la justicia y la igualdad social, así como con la responsabilidad social y el desarrollo de los servicios públicos de protección social.

7. REFLEXIONES FINALES

A lo largo del texto hemos debatido sobre la pobreza y la exclusión, poniendo en discusión los principios orientadores del Trabajo Social fundamentados en el conocimiento y la investigación. Así, presentamos a continuación las cuestiones que consideramos importantes para la discusión teórica y metodológica en el Trabajo Social.

En primer lugar, que la exclusión hace referencia a un proceso estructural e multidimensional (aspectos laborales, económicos, sociales, culturales) en el marco del neoliberalismo desregulador. Por su parte, la pobreza es un estado unidimensional (carencia económica) de marginación social y personal en el contexto del liberalismo no asistencial. La exclusión no es sinónimo de pobreza.

En segundo, que la privación de ciudadanía política significa el no acceso efectivo a los derechos políticos y abstencionismo y pasividad política, mientras que para la ciudadanía social, el acceso limitado a los sistemas de protección social (sanidad, educación, vivienda y garantía de ingresos). La ausencia de lazos sociales significa aislamiento social y falta de apoyos sociales, mientras que las relaciones sociales perversas hacen alusión a la integración de la persona en redes sociales “desviadas” así como a la conflictividad social (conductas anómicas) y familiar (violencia doméstica).

En tercer lugar, que las políticas públicas/sociales en el siglo XXI deben integrar en su configuración, dimensiones participativas y de responsabilidad social, acompañando un movimiento progresivo de reconocimiento de una ciudadanía social activa. Esto se debe a que, contrario a lo que plantean los objetivos del horizonte 2020, las condiciones de vida, o se mantienen o empeoran, lo que exige una revisión crítica de las políticas públicas de protección social de los estados miembro y una reflexión objetiva, a la luz de los hechos, acerca de los conceptos que construyen la idea de pobreza, teniendo presente los términos de ciudadanía y participación social como ejes transversales, con el objetivo de elaborar instrumentos que faciliten las decisiones sobre las estrategias más eficientes y eficaces en la lucha por su erradicación.

Por último, que el Trabajo Social, desde el marco teórico estructural, debe asumir un papel de inversión social en las personas a través de acciones preventivas que promuevan oportunidades sostenibles de vida. Esto significa que el Trabajo Social posee un conocimiento sistematizado que potencia una intervención de mediación entre las necesidades sociales de la población, las instituciones promotoras de servicios y respuestas sociales y las políticas públicas / sociales.

8. BIBLIOGRAFÍA

- ALBUQUERQUE, C. (2016). O Estado Providência do século XXI: um estado retraído ou um estado “pan-ótico”. En C. Albuquerque y A. H. Luz. (coords), *Poíticas Sociais em Tempos de Crise. Perspetivas, Tendências e Questões Críticas* (pp.3-26). Lisboa, Portugal: Pactor.
- ANISI, D., Y FERNÁNDEZ, G. (2003). *Análisis económico de la exclusión social*. Madrid, España: Consejo Económico y Social.
- ARMINGTON, K., Y BONOLI, G. (Eds.). (2006). *The politics of postindustrial welfare states*. Londres, UK: Routledge.
- BRUGUÉ, Q., GOMÀ, R. Y SUBIRATS, J. (2002). De la pobreza a la exclusión social. Nuevos retos para las políticas públicas. *Revista Internacional de Sociología*, 33, 7-45.
- BRUTO DA COSTA, A. (1998). *Estrategias europeas frente a la exclusión social*. Barcelona, España: Hacer, S.L.
- CASTEL, R. (1992). La inserción y los nuevos retos de las intervenciones sociales. En F. U. Álvarez. (Ed.), *Marginación e inserción* (pp.25-36). Madrid, España: Endimión.
- CASTEL, R. (1995). De la exclusión como estado a la vulnerabilidad como proceso. *Archipiélago*, 21, 27-36.
- CASTEL, R. (2004). Encuadre de la exclusión. En S. Karsz. (Ed.), *La exclusión: bordeando sus fronteras. Definiciones y matices* (pp.55-86). Barcelona, España: Gedisa.

- ESTIVILL, P. (2003). *Panorama de la lucha contra la exclusión social: conceptos y estrategias*. Ginebra, Suiza: OIT.
- FERREIRA, M. J. (2017). As políticas de família na contemporaneidade: a dimensão eco-social na intervenção territorializada. En M. Conserva. (Coord.), *Multiterritorialidades e os desafios da proteção social no Brasil e na Europa* (pp.228-255). Paraíba, Brasil: CCTA.
- GAVIRIA, M., LAPARRA, M., Y AGUILAR, M. (1995). Aproximación teórica al concepto de exclusión. En F. Álvarez (Ed.), *Desigualdad y pobreza hoy* (pp.133-200). Madrid, España: Talasa.
- HERNÁNDEZ, P. (2008). *Exclusión Social y Desigualdad*. Murcia, España: Edit.um.
- LAPARRA, M., OBRADORS, A., PÉREZ, B., PÉREZ, M., RENES, V., SARASA, S.,... TRUJILLO, M. (2007). Una propuesta de consenso sobre el concepto de exclusión social. Implicaciones metodológicas. *Revista Española del Tercer Sector*, 5, 15-57.
- LÓPEZ-ARAGUREN, E. (2005). *Problemas sociales. Desigualdad, pobreza y exclusión..*, Madrid, España: Biblioteca Nueva.
- MORIÑA, A. (2007). *La exclusión social: análisis y propuestas para su intervención*. Madrid, España: Fundación Alternativas.
- MULLALY, B. (2007). *The New Structural Social Work*. Canada: Oxford University Press.
- PEREIRINHA, A. J. (2016). Pobreza e novos riscos sociais em Portugal: uma análise da despesa social. En C. Albuquerque y A. H. Luz. (coords), *Políticas Sociais em Tempos de Crise. Perspetivas, Tendências e Questões Críticas* (pp.127-144). Lisboa, Portugal: Pactor.
- RAYA, M. (2006). *Indicadores de exclusión social: una aproximación al estudio aplicado a la exclusión*. Bilbao, España: Universidad del País Vasco.
- SUBIRATS, J., RIBA, C., GIMÉNEZ, L., OBRADORS, A., GIMÉNEZ, M., QUERALT, D.,...RAPOPORT, A. (2004). *Pobreza y exclusión social: un análisis de la realidad española y europea*. Barcelona, España: Fundación La Caixa.
- SUBIRATS, J. (2005). *Análisis de los factores de exclusión social*. Madrid, España: Fundación BBVA.
- SUBIRATS, J. (2006). *Fragilidades vecinas. Narraciones biográficas de exclusión social urbana*. Barcelona, España: Icaria.
- SUBIRATS, J., Y GOMÀ, R. (2003). *Un paso más hacia la inclusión social. Generación de conocimiento, políticas y prácticas para la inclusión social*. Madrid, España: Plataforma de ONGs de Acción Social.
- TEZANOS, J.F. (1999). Tendencias de dualización y exclusión social en las sociedades avanzadas. Un marco para el análisis. En J.F. Tezanos. (Ed.), *Tendencia en desigualdad y exclusión social. Tercer foro sobre tendencias sociales*. Madrid, España: Sistema ediciones.
- TEZANOS, J.F. (2001). *La sociedad dividida. Estructura de clases y desigualdades en las sociedades tecnológicas avanzadas*. Madrid, España: Biblioteca Nueva.

**MANTÉNGASE INFORMADO
DE LAS NUEVAS PUBLICACIONES**

**Suscríbese gratis
al boletín informativo
www.dykinson.com**

Y benefíciense de nuestras ofertas semanales

Sistemas y políticas de bienestar, una perspectiva internacional tiene una trascendencia derivada de la disertación comparada de temas centrales y originales relacionados con los sistemas y políticas de bienestar social desde una perspectiva internacional. El libro recoge resultados de investigaciones inéditas a través de contribuciones y transferencias de investigadores/as, académicos/as y profesionales de nueve países: Francia, Italia, España, Estados Unidos, Portugal, Israel, Argentina, México y España. Se analiza de manera comparada los diferentes sistemas y políticas de bienestar social que a nivel internacional se están desarrollando en la actualidad generando discusión y análisis sobre asuntos de interés e impacto socio-político, concretamente: la protección social y las políticas sociales de activación en Francia; la práctica política en Italia y la incidencia de los trabajadores sociales; las políticas de bienestar en el ámbito local en España; el Estado de Bienestar en Estados Unidos; las políticas públicas de vivienda y la situación de la pobreza y exclusión en Portugal; las políticas públicas y sociales en Israel; el sistema de servicios sociales y dependencia en España; las políticas sociales en Argentina; las políticas de protección a la infancia en España y Argentina; el sistema y programas sanitarios en el sistema penitenciario en España y la ética aplicada a las políticas de bienestar en España.

El libro se encuentra estructurado en torno a doce capítulos. En su elaboración han participado un total de 21 docentes, investigadores y profesionales procedentes de diferentes universidades, centros de investigación, instituciones públicas y organizaciones sociales; concretamente: Universidad de Milano Bicocca (Italia), Presses de l'EHESP de Rennes (Francia), Universidad Pablo de Olavide (España), Universidad de Murcia (España), University Michigan (Estados Unidos), Instituto Universitário de Lisboa (Portugal), Universidad de Educación a Distancia (España); The Max Stern Academic College of Emek Yezreel (Israel), Universidad de Vigo (España), Consejo General de Trabajo Social (España), Universidad de Buenos Aires (Argentina), Universidad de Salamanca (España) y Universidad Pública de Navarra (España).

En suma se trata de un libro de transferencia de investigaciones de carácter internacional de alto interés estratégico que pretende contribuir al análisis de sistemas y políticas de bienestar social actuales.