

[eduso.net](http://www.eduso.net)

Educación Social y Políticas Sociales

INFORMES

**Informe sobre la política autonómica de servicios sociales  
en España y Catalunya**

02/may/2007

*José Adelantado, Raquel Moreno y Carolina Recio. Instituto de Gobierno y Políticas Públicas (IGOP) de la Universitat Autònoma de Barcelona.*

*Este informe justifica la existencia de un régimen latinomediterráneo de asistencia social diferenciado de otros modelos de Estado del Bienestar, y la pertenencia de España y Catalunya a este régimen. En él se analiza la Política de Servicios Sociales en Catalunya y su posición relativa con relación a otras comunidades autónomas del país. La conclusión principal es que está por debajo de la media española en más indicadores que por encima, y que es necesaria una gran apuesta política para superar esta situación. El informe se centra en la tensión entre una creciente limitación del compromiso público y unas expectativas de gestión democrática amenazadas por la inexistencia de un derecho a los servicios sociales. En la dimensión substantiva (intensidad y cobertura de los servicios, concepción de la ciudadanía, familismo, colectivos vulnerables) destaca el carácter residual y asistencialista de este tipo de política y la fuerte presencia de la iniciativa social, la mercantil y de las mujeres en la prestación de los servicios. En la dimensión operativa (organización, provisión y gestión de los servicios) queda reflejado un tipo de organización que resulta ser más fragmentada que descentralizada y con grandes déficits de coordinación entre niveles intra e intersectoriales.*

**Introducción** Durante los años ochenta los servicios sociales estaban considerados como el “sexto” sistema de protección social (Kahn y Kamerman, 1977) y académicamente ocupaban un espacio residual con relación a la sanidad, la educación, la vivienda, la seguridad social y la

garantía de rentas. Aún así, a principios de los noventa, al manifestarse la incapacidad de la sociedad salarial para garantizar la seguridad colectiva mediante la plena ocupación, este sector de la política social entra en la agenda política y académica. El agotamiento de los derechos contributivos traslada a los sistemas asistenciales la necesidad de hacer frente a una pobreza y exclusión laboral en aumento.

Coincidiendo con la recuperación de su valor político se han publicado importantes estudios sobre el papel y la efectividad de los Servicios Sociales en la Unión Europea y se han empezado a comparar e identificar distintos regímenes de asistencia social.

Estos estudios se enmarcan en el debate generado a partir de la incorporación de los países semiperiféricos de la Europa del Sur, sobre si los países latinomediterráneos (Grecia, Italia, España y Portugal) constituyen o no un “tipo ideal” de régimen conservador, aunque con alguna particularidad.

Contrariamente, otros autores opinan que se tendría que considerar a los países mediterráneos como un modelo diferente de los de la Europa continental, ya que comparten aspectos diferenciales como el familismo, las transiciones políticas hacia la democracia o los programas de asistencia social.

En este informe se parte de considerar que los países latinomediterráneos comparten toda una serie de características constitutivas de un “mundo” de bienestar específico.

**I. El régimen de asistencia social latinomediterráneo** Desde la perspectiva de las instituciones públicas, las políticas sociales pueden definirse como la respuesta a dos preguntas:

¿qué hacer? y ¿cómo hacerlo? La primera hace referencia a la dimensión substantiva o de contenido de sus intervenciones sobre la realidad social (necesidades a cubrir, intensidad y extensión). La segunda se centra en los instrumentos de esta intervención, en la dimensión operativa de las políticas (gestión, formas de provisión, organización y gestión de los servicios, pautas de interacción entre actores diversos, públicos y privados).

La dimensión sustantiva del régimen de asistencia social latinomediterráneo se caracteriza por los rasgos siguientes:

1. Es un sistema dualista de mantenimiento de rentas donde las prestaciones más elevadas se asignan a los grupos sociales con fuerte relación con el mercado de trabajo formal, al mismo tiempo que prestaciones discrecionales o escasas van a parar al resto de población (Ferrera, 1995).
2. Ausencia de una red pública de seguridad de ingresos; el rasgo más característico es la inexistencia de programas nacionales de asistencia que proporcionen prestaciones a todas las personas carentes de recursos suficientes. A pesar de los amplios compromisos constitucionales, no se ha desarrollado una legislación específica sobre el bienestar social y no existen criterios para delimitar un nivel mínimo de subsistencia (Gough, 1997).
3. La oferta de recursos con financiación pública, de residencias, centros de día o de atención a domicilio se sitúa muy por debajo de la media europea. Por este motivo la mayor parte de la atención recae sobre la familia, y especialmente las mujeres se acaban encargando del cuidado de las personas dependientes (Antonnen y Sipilä; 1996, 1997). La asistencia social tiene poca proyección en el seno de la seguridad social,

y las subvenciones asistenciales a la tercera edad, personas con discapacidades o en paro y familias necesitadas son inferiores a la media europea (Gough, 1997).

4. Es un sistema de provisión gratuita, basado en la comprobación de los medios al mismo tiempo estricta e informal, al que se le dedican recursos escasos, lo que deja un amplio campo de intervención al sector privado lucrativo, y a la iniciativa social-comunitaria (Sarasa y Obrador, 1999).

La dimensión operativa tiene los siguientes rasgos:

1. Existen diferencias regionales muy considerables, tanto en el volumen y la calidad de los servicios de bienestar como en las formas de gestión (Room, 1993), con una fractura territorial norte/sur que ha dado lugar a tensiones políticas múltiples, tanto en el ámbito simbólico-nacional, como en el de las políticas de distribución entre territorios de recursos internos (Fargion, 1997; Adelantado y Gomà, 2000).
2. Tiene una estructura de relaciones entre administraciones públicas, sector privado y organizaciones voluntarias (de cariz benéfico y religiosos) basada en el particularismo y el patronazgo político, donde la coordinación y la concertación de políticas entre el sector público y el privado es relativamente débil (Sarasa, 1995).
3. La fragmentación institucional es muy elevada, lo que junto con una cierta descentralización plantea problemas de coordinación entre niveles, y se observa a escala local cierta discrecionalidad (como es el caso de los pagos individuales de emergencia). Existe una serie de programas para grupos o categorías específicos que pueden ser administrados tanto por el estado, como por las regiones o los municipios (Gough, 1997).

4. Persistencia de amplios mecanismos clientelares en la distribución pública del bienestar, sobre la base de unos aparatos administrativos de lógica, muchas veces más preweberiana que racional-burocrática, y de un modelo de liderazgo político aún más arraigado en una concepción patrimonial del estado (Adelantado y Gomà, 2000).

## **II. La política autonómica de servicios sociales: la dimensión sustantiva**

*Rasgo 1. Escaso gasto público. Tasas de cobertura y utilización bajas.*

El esfuerzo realizado en España y Catalunya en protección social durante la última década muestra que los índices de gasto y cobertura siguen estando muy por debajo de la media europea. Catalunya tiene un nivel de gasto en protección social más bajo que la media española y en algunos indicadores de servicios sociales, unos índices de cobertura también menores.

A lo largo de la última década del s. XX, los países latinomediterráneos son los países de la Unión Europea que menos han invertido en protección social. Los índices de cobertura en ámbitos como los servicios sociales a las personas mayores o a la infancia también se sitúan por debajo de la media comunitaria:

Cuadro 1  
Gasto en protección social, % del PIB. Diferentes regímenes de Estados del Bienestar

	1991	1993	1994	1996	1998	2000
EB Nórdicos	31,27	35,17	34,73	32,57	30,30	28,77
EB Continentales	27,28	29,10	28,67	28,85	27,65	27,17
UE-15	26,40	28,80	28,50	28,40	27,60	27,30
EB Anglosajones	22,65	24,60	24,15	22,95	21,20	20,45
EB Latinomedit.	21,30	23,38	23,05	22,70	22,98	23,60

Leyenda: EB Nórdicos: Dinamarca, Finlandia, Suecia. EB Continentales: Bélgica, Alemania, Francia, Luxemburgo, Holanda, Austria. EB Anglosajones: Irlanda, Gran Bretaña. EB Latinomediterráneos: España, Grecia, Italia, Portugal.

Fuente: EUROSTAT (2003), *European Social Statistics. Social protection. Data 1991-2000.*

Los Estados del Bienestar latinomediterráneos, aún siendo muy familistas, dedican un porcentaje muy bajo de su presupuesto a la familia y a las personas mayores y, en este sentido, Catalunya, no es ninguna excepción. En el caso de España, destaca la enorme distancia con el resto de países en cuanto a gasto invertido en temas de familia y exclusión, una distancia que respecto a la media europea de gasto en vejez, ha ido aumentando.

Cuadro 2  
Gasto y cobertura pública de prestaciones asistenciales de diferentes Estados del Bienestar (1996)

	Gasto	Índice de cobertura (% de población)	Cobertura pública niños 0-3 años (%)	% Cobertura pública Mayores de 65 años	
				Cobertura residencial	Cobertura
EB Nórdicos	1,6	8,1	37,6	8,0	18,0
EB Continentales	1,4	4,0	11,6	7,0	7,0
EB Anglosajones	1,5	13,8	2,0	6,0	6,0
EB Latinomediterráneos	0,8	2,6	6,0	2,0	1,5
UE-15	1,3	7,1	14,3	5,8	8,1

Fuente: OCDE(1999): Social expenditure database

Aunque España ha ido convergiendo en nivel de renta con Europa, ha “desconvergiado” en nivel de gasto social; si en 1993 se había llegado al 78,20% de la media europea de renta y al 88,33% de la media europea en gasto social, en 1998 la renta sube hasta el 81,45% europeo, pero el gasto social baja al 74,64%; si en 1993 la diferencia del gasto social con la media de la Unión Europea era de 4,8 puntos, en 2000 ya era de 7,2.

Catalunya muestra datos aún más preocupantes, ya que sus indicadores han empeorado respecto de los de España al

mismo tiempo que los de España han empeorado respecto a Europa. Catalunya dispone de niveles de renta superiores a los de España; en 1993 llegó al 96,34% de la renta media europea (España, al 78,20%), mientras que el gasto social sólo estaba al 73,96% (España, al 83,33%) y a una distancia de 7,5 puntos (España, 4,8) en proporción al gasto sobre el PIB. En 1998 ya se superaba la media europea con un índice de 101,35% (España, 81,45%), pero el gasto social sólo era del 63,04 europeo (España, 74,64) y la distancia en gasto sobre el PIB había crecido hasta 10,2 puntos (España, 7).

Por otro lado, se hace evidente un aumento de la distancia con España en cuanto al gasto en protección social. Si en 1993 Catalunya gastaba el 88,75% con respecto a España, en 1999 este gasto se ha reducido al 84,65%.

### **La política de Servicios Sociales en Catalunya (1980-2003)**

La historia de los servicios sociales los ha derivado a un sector de acción pública residual, de muy baja imagen y de dudosa efectividad social. En perspectiva histórica, lo que hoy denominados Sistema Catalán de Servicios Sociales es la consecuencia de un largo proceso de cambio que se puede concretar en cuatro etapas:

a) Conformación de los servicios sociales autonómicos (1978-1982)

Domina la concepción de unos servicios públicos y gratuitos, planificados, programados y gestionados desde el sector público; se busca la universalización de los servicios sociales para garantizar el mismo trato a todos los ciudadanos, y se asigna al sector privado mercantil –y también a la iniciativa



social- un papel secundario.

A escala municipal cabe señalar la experiencia organizativa de las grandes ciudades tanto en la creación de concejalías y departamentos de servicios sociales, con plantilla y presupuestos propios, como en la descentralización urbana que implanta servicios sociales en los barrios.

b) Institucionalización y definición de los Servicios Sociales (1983-1987) Es el período de mayor crecimiento; se consolida la atención primaria; se expanden los servicios específicos; se crean infraestructuras y equipamientos, aumenta la cantidad y características de los profesionales, y se amplía la constitución de concejalías en los ayuntamientos.

Hay una intensa actividad normativa que supone a partir de su desarrollo: a) la opción por una fórmula de recentralización de la organización y de monopolio institucional a favor del gobierno autonómico; b) una redistribución de competencias a favor de las comarcas en detrimento de los municipios y diputaciones, y c) una declaración retórica de la universalidad de los servicios, la integración y la normalización, la responsabilidad pública y la participación ciudadana, sin instrumentos financieros ni garantías legales para hacerlos efectivos.

c) Consolidación de la red pública y reorientación ideológica del sistema (1988-1993) Se desarrolla más el marco normativo-administrativo que los derechos con el objetivo de orientar el sistema hacia una iniciativa mixta público-privada, aunque con la intención de mantener el principio de responsabilidad pública como depositaria de la organización y regulación del sistema.

Se produce la pérdida de peso de los planteamientos técnicos

a favor de los intereses políticos. Se crean las Oficinas de Bienestar Social, se pone en marcha el Plan Interdepartamental de la Renta Mínima de Inserción (PIRMI), el Instituto Catalán del Voluntariado (INCAVOL), y se inician cambios en la limitación de competencias y recursos de los ayuntamientos.

El proceso continuado de crecimiento de la red pública tiende a estancarse y a nutrirse básicamente de los recursos procedentes de España; y paralelamente empiezan a aparecer problemas de organización del conjunto del sistema: duplicidad de redes, injerencia en funciones propias de la atención primaria con relación a la promoción y al desarrollo comunitario, y falta de coordinación entre instituciones. Se amplían las responsabilidades de los Consejos Comarcales, se introduce un nuevo sistema de financiación mediante “convenios”; y se pone en marcha una visión administrada de los problemas sociales. Se modifica la organización y la gestión de los servicios sociales hacia un modelo jerarquizado, reglamentarista, asistencialista y burocrático.

d) Transformación liberal del modelo inicial (1994-2003) El giro se consolida a partir de diversos textos legales que culminan en un cambio de filosofía, se propugna un papel de la administración pública subsidiario de la iniciativa privada, caracterizado por una actuación asistencialista dirigida a sectores de la población muy concretos, desde una concepción de la política social como instrumento para contener los conflictos sociales y no como promoción del bienestar, la cohesión social y de la solidaridad.

El acceso, el contenido y la garantía de derechos se ven condicionados explícitamente a los recursos disponibles;

además, la distribución de competencias no comporta compromisos de obligado cumplimiento que garanticen a los ciudadanos cómo recibir y exigir de una determinada administración la prestación de servicios. Los servicios sociales se propugnan como universales, pero dejan de ser gratuitos si los usuarios tienen capacidad económica, porque en este caso tendrán que pagar precios públicos. La participación ciudadana en la definición, gestión y control de los servicios queda reducida a un esquema de representación institucional mediante consejos generales, asesores y de seguimiento.

Se profundiza en la estrategia de contraposición al poder local a base de centralizar la gestión en ámbitos autonómicos y trasladar la ejecución a los municipios: la ampliación de los niveles territoriales (a los que se añade un sector regional) viene a complicar el entramado de competencias, y se observa la intención de articular la red básica de servicios sociales en una territorialización basada en la estructura comarcal, en detrimento del reconocimiento de la capacidad de gestión de los ayuntamientos a los que se traspasan competencias y responsabilidades para fortalecer la atención primaria, sin clarificación ni compromisos que garanticen su viabilidad financiera.

Se amplía la externalización en la prestación de servicios con la iniciativa social y privada sin una regulación e inspección suficientes; en cuanto a la iniciativa sin ánimo de lucro, la financiación mediante un sistema de subvenciones poco transparente puede comportar un cierto clientelismo político en su concesión. Los pliegos de condiciones que firman las empresas privadas son demasiado genéricos y no detallan suficientemente la calidad que ha de tener el servicio que hay

que prestar.

**El gasto en Servicios Sociales en Catalunya** A pesar del importante esfuerzo de expansión y modernización realizado en los servicios sociales catalanes durante la última década; la Generalitat de Catalunya y los ayuntamientos sólo han dedicado alrededor del 3% de sus recursos. Nominalmente el gasto real realizado por la Generalitat en servicios sociales ha ido en aumento, pero este incremento se sitúa por debajo del incremento del presupuesto consolidado, y ligeramente por debajo del IPC en el conjunto del Estado, que es inferior al de Catalunya. En los informes anuales que presenta el Síndic de Greuges en el Parlamento año tras año se denuncian los problemas básicos del desarrollo de las leyes de servicios sociales.

Cuadro 3  
Gasto total en Servicios Sociales del presupuesto de las Administraciones  
Públicas Catalanas (en millones de pesetas)

Año	Corp. Loc y Ayunt. (% Presupuesto) <sup>(1)</sup>	Consejos Comarcales	Ayunt. +20.000h (% Presupuesto) <sup>(2)</sup>	Diputaciones (% Presupuesto) <sup>(2)</sup>	Bienestar i Família (% Presupuesto generalitat) <sup>(3)</sup>
1991			12.690,7 (3,40)	6.311,9 (7,29)	46.671 (4,1)
1992			15.459,4 (3,57)	6.852,8 (7,96)	51.934 (4,0)
1993			14.011,4 (2,92)	7.045,2 (8,60)	57.314 (4,0)
1994	(4,9)		14.381,1 (2,99)	5.292,5 (6,64)	56.856 (3,7)
1995			16.274,0 (3,25)	5.485,9 (6,39)	59.439 (3,7)
1996					48.632 (3,0)
1997		4.174,0 (15,65) <sup>(4)</sup>	13.746,1 (3,44) <sup>(4)</sup>		47.519 (2,8)
1998		4.454,3 (15,67) <sup>(4)</sup>	13.809,0 (2,97) <sup>(4)</sup>		48.599 (2,7)
1999					52.703 (2,8)
2000					56.672 (2,7)
2001					61.617 (2,8)
2002					82.673 (3,3)
2003					99.972 (3,7)

Fuentes: (1) Rodríguez Cabrero, 1996: 412. Porcentaje para el conjunto de España.  
(2) Los recursos que destinan las administraciones públicas catalanas en las áreas de Servicios Personales, CIFA (Diputación de Barcelona).  
(3) Presupuestos de la Generalitat de Catalunya (1991-2003) y elaboración propia.  
(4) Mapas de Servicios Sociales 1997-98 y 1999-2000 (datos hasta el 1998). El mapa de 2001, no tiene datos presupuestarios.

Los servicios sociales son intensivos en recursos humanos, sin embargo, en Catalunya su crecimiento ha sido muy insuficiente. En diez años el número total de profesionales ha aumentado sólo en 305; y es por este motivo que el índice de

cobertura ha crecido muy lentamente y por debajo de la media española. La ratio de trabajadores por 10.000 habitantes en Catalunya en 2001 era inferior a la media española en 1990.

Cuadro 4  
Recursos humanos en Atención Primaria en Catalunya

	1990 <sup>1</sup>	1991 <sup>2</sup>	1995 <sup>2</sup>	1999 <sup>2</sup>	2000 <sup>2</sup>	2001 <sup>2</sup>
Trabajadores sociales		546	592	751	731	745
Educadores especializados		283	304	347	372	389
Total Catalunya		829	896	1.098	1.103	1.134
Ratio empleados en servicios sociales X 10.000h España	2,2					
Ratio empleados en servicios sociales X 10.000h Catalunya			1,47	1,79	1,80	1,85

*Rasgo 2: Falta de una red pública de seguridad de ingresos. Definición insuficiente del derecho a los servicios sociales y de las fuentes de financiación.*

Los servicios sociales en España y Catalunya están muy lejos del universalismo. Su carácter subsidiario provoca que sólo tengan acceso a ellos los sectores excluidos de la sociedad y con menos ingresos. Además, en Catalunya la presencia de la inmigración extranjera y pobre plantea la necesidad de equiparar sus derechos en el acceso a los servicios sociales con los ciudadanos nacionales.

Existe un derecho subjetivo cuando se puede acudir a la justicia para que sea reconocido y cuando disfruta de protección plena por parte del ordenamiento jurídico. La Constitución española de 1978 no define con claridad el derecho subjetivo a los servicios sociales.

Las leyes autonómicas de servicios sociales proclaman el derecho a los servicios sociales y reiteran los principios de responsabilidad pública, participación, solidaridad, planificación, descentralización, prevención, globalidad,

universalidad, integración, coordinación e igualdad, “pese a ello, esta genérica declaración no va seguida, en el articulado, de las necesarias precisiones que limiten el contenido concreto de tal derecho. El disfrute del mismo se verá, de otra parte, condicionado por la capacidad del servicio para responder a la demanda, de modo que la insuficiencia de las medidas establecidas para satisfacer las solicitudes de admisión al servicio puede llegar a impedir el goce efectivo del derecho” (Aznar, 1994: 193; citado por Rubiol y Vilà, 2003: 226).

Pero no parece viable que el derecho a la suficiencia de recursos pueda ser exigido por vía judicial cuando la Administración, por falta de medios, no puede suministrar el servicio; estamos ante un derecho del ciudadano a exigir una prestación reconocida normativamente, pero que no tiene, en la otra parte, una obligación absoluta de prestarse.

El Decreto 17/1994 (art. 45) deja claro que “los servicios sociales prestados por la Administración pública se pueden sujetar a un precio público como contraprestación de su coste cuando no haya capacidad económica de los beneficiarios o de las personas obligadas hacia ésta”. Este extremo plantea temas conflictivos como: a) determinar qué servicios pueden establecer algún tipo de contraprestación y cuáles tienen que ser gratuitos; b) determinar los niveles económicos de los usuarios que tendrán que pagar según cada servicio de forma diferenciada, y c) regular en todos los casos qué personas están “obligadas” a satisfacer el coste de los beneficiarios de los servicios sociales.

*Rasgo 3: Familiarización de los servicios y baja oferta de recursos con financiación pública***Rasgo 3a: Baja oferta de recursos con financiación pública. Las personas mayores,**

**una asignatura pendiente** La oferta de servicios sociales con financiación pública en Catalunya es insuficiente (residencias, centros especializados, atención domiciliaria). La provisión del bienestar de las personas dependientes recae principalmente en las mujeres. Ante el proceso de envejecimiento de la población, las demandas de cuidado y atención para las personas ancianas dependientes se incrementará sustancialmente en los próximos años. El envejecimiento demográfico, las necesidades de cuidado de este colectivo y la disminución del potencial cuidador de mujeres en incorporarse al mercado de trabajo y los cambios familiares, constituyen un claro desafío para las políticas de servicios sociales.

El Plan Gerontológico Estatal, puesto en funcionamiento en 1992, preveía que para el año 2000 se habrían creado 3,5 plazas en residencias por cada 100 ciudadanos mayores de 65 años. Sin embargo, este dato no se ha conseguido diez años más tarde, ya que en 2002 sólo se habían conseguido 3,41 plazas por cada 100 ancianos.

En 2002 la oferta de plazas de titularidad pública sobrepasa en muy poco el 25%; el 59% son de la iniciativa privada y el 16%, concertadas. La oferta pública está bastante por encima de la media española en Andalucía, Canarias, Extremadura y Murcia. Mientras que Aragón, Cantabria, Navarra y La Rioja están bastante por encima en la oferta privada. Canarias, Catalunya, País Vasco y Ceuta tienen alrededor de un 25% de plazas concertadas.

Catalunya (3,97) está por encima de la media española (3,41) en índice de cobertura de plazas residenciales. La oferta total de plazas residenciales, tanto de titularidad pública como de iniciativa social y mercantil es de casi 44.000 en el año 2001,

lo que supone un incremento del 22,8% con respecto al año 1996 (mientras que la población mayor de 65 años sólo ha crecido en un 12,4%). En cuanto a la titularidad de las plazas en el período considerado, la oferta pública se ha mantenido constante alrededor de un 16% (lo que hace que Catalunya sea una de las comunidades autónomas con menos plazas de geriátricos públicos; sólo Cantabria está por debajo); en cambio, entre 1996 y 2001 la oferta privada mercantil ha aumentado del 43,4 al 53,2%, y las plazas de la iniciativa social, en términos relativos, han bajado del 32,6 al 28,4%.

En Catalunya los centros de día han experimentado una importante implantación a lo largo del período entre 1996 y 2001, el índice de cobertura de plazas de titularidad pública (0,24) es el doble de la media española (0,11) y el índice de cobertura privada y concertada (0,42) casi multiplica por cuatro la de España (0,13) (Cfr. IMSERSO, 2002). El crecimiento de los centros de larga estancia ha sido de un 17,9% entre 1996 y 2001, pero la totalidad de plazas es concertada con la iniciativa social y mercantil.



Cuadro 5  
Oferta de plazas residenciales (públicas, concertadas y privadas)  
Para personas mayores de 65 años (enero 2002)

	Población > 65 años	Total plazas (Índice de cobertura)	Plazas propias (% total plazas)	Plazas concert. (% total plazas)	Plazas privadas (% total plazas)	Var. 2002/ 1999 Índice cobertura
Andalucía	1.090.315	29.033 (2,66)	10.343 (35,62)	3.539 (12,19)	15.151 (52,19)	(-0,74)
Aragón	259.925	11.552 (4,44)	2.206 (19,10)	519 (4,49)	8.827 (76,41)	(0,10)
Asturias	234.478	8.003 (3,41)	2.346 (29,31)	536 (6,70)	5.121 (63,99)	(0,36)
Baleares	128.269	3.572 (2,78)	1.817 (50,87)	214 (5,99)	1.541 (43,14)	(1,01)
Canarias	212.850	6.120 (2,88)	2.295 (37,50)	1.392 (22,75)	2.433 (39,75)	(0,33)
Cantabria	103.039	4.148 (4,03)	320 (7,71)	795 (19,17)	3.033 (73,12)	(0,21)
Castilla-La Mancha	352.286	19.561 (5,55)	4.268 (21,82)	2.068 (10,57)	13.225 (67,61)	(2,15)
Castilla y León	563.194	32.153 (5,71)	9.262 (28,80)	1.780 (5,54)	21.111 (65,66)	(0,59)
Cataluña	1.107.728	43.945 (3,97)	6.261 (14,25)	10.577 (24,07)	27.107 (61,68)	[0,08]
Extremadura	206.065	6.084 (2,95)	2.408 (39,58)	226 (3,71)	3.450 (56,71)	(0,40)
Galicia	568.782	9.913 (1,74)	3.026 (30,53)	851 (8,58)	6.036 (60,89)	(-0,05)
Madrid	794.797	29.599 (3,72)	7.589 (25,64)	4.858 (16,41)	17.152 (57,95)	(0,68)
Murcia	170.628	3.087 (1,81)	1.063 (34,43)	381 (12,34)	1.643 (53,23)	(-0,16)
Navarra	101.075	4.983 (4,93)	1.522 (30,54)	940 (18,86)	2.521 (50,59)	(0,39)
La Rioja	53.972	2.605 (4,83)	439 (16,85)	415 (15,93)	1.751 (67,22)	(-0,25)
C. Valenciana	704.698	12.975 (1,84)	3.885 (29,94)	5.205 (40,12)	3.885 (29,94)	(0,07)
País Vasco	370.372	12.033 (3,25)	2.170 (18,03)	3.512 (29,19)	6.351 (52,78)	(-0,01)
Ceuta	8.059	193 (2,39)	64 (33,16)	47 (24,35)	82 (42,49)	(0,93)
Melilla	7.021	202 (2,88)	90 (44,55)	0 (0,00)	112 (55,44)	(-1,21)
ESPAÑA	7.037.553	239.761 (3,41)	61.374 (25,60)	37.855 (15,79)	140.532 (58,61)	[0,19]

Fuente: Observatorio de personas mayores (MSERSO). Servicios sociales para personas mayores en España, 1999-2002.  
Índice de cobertura (usuarios/población > 65 años) x 100

### Rasgo 3b: Familiarización de los servicios

El peso del sector comunitario y familiar en la prestación de servicios sociales continúa siendo muy importante. Se continúa confiando, sobre todo, en el papel que juega la familia en el cuidado y atención de los colectivos más vulnerables de la sociedad (especialmente enfermos crónicos, personas mayores o niños). En otros países europeos la consolidación del Estado del Bienestar ha servido para suplantar a la familia en la atención directa de estos grupos a través de los servicios

sociales personales, pero aquí la familia aún tiene muchas responsabilidades en la provisión del bienestar y en la protección de las personas dependientes.

Cuadro 6  
Servicios y establecimientos para personas mayores en Catalunya  
(diciembre 1996 - diciembre 2001)

Años Servicios	Plazas públicas	Plazas concertadas		Plazas de iniciat. social (ls)	Plazas de iniciat.	Total plazas
		ls	lm			
<b>1996</b>						
Centros de día	1.273	0	75	877	126	2.351
Centros residenciales	6.427	689	494	10.306	13.737	31.653
Centros de larga estancia		4.134				35.787
<b>1999</b>						
Centros de día	1.990	0	65	1.422	2.262	5.739
Centros residenciales	6.043	682	348	10.771	17.437	35.281
Centros de larga estancia		4.239				39.520
<b>2001</b>						
Centros de día	2.324	0	65	1.556	3.383	7.328
Centros residenciales	6.261	568	330	11.111	20.801	39.071
Centros de larga estancia		4.874				43.945

Fuente: Mapas de Servicios Sociales, 1996; 1999-2000 y 2001

En España las personas dependientes reciben cuidados personales de la familia en el 78,7% de los casos, que se eleva al 82,2% para los dependientes graves; en cambio, reciben ayuda de los servicios sociales sólo el 3% de los casos, que baja hasta el 2,2% para los dependientes muy graves (Rodríguez Cabrero, 1997). En Catalunya el panorama es parecido e, incluso, un poco peor con relación a la ayuda que reciben de los servicios sociales.

En España, el 87,6% de las personas mayores reciben el cuidado por parte de un familiar cuando enferman en casa (en el 73,8 de los casos por una mujer). En Catalunya, los principales cuidadores también son los familiares, aunque entre 1994 y 2002 se ha producido un cambio notable: la familia cuida a los abuelos en menor proporción, y cada vez más, las personas mayores se hacen cargo de sí mismas, sin que se haya producido un aumento considerable de la oferta pública de los servicios sociales.

Cuadro 7  
Personas que requieren atención en Catalunya.  
(1,5% de la población que requiere ayuda)

Ayuda cuidado personal Actividades básicas	Encuesta de Salud de Catalunya 1994	Encuesta de Salud de Catalunya 2002
De familiares	74,8	79,8
De vecinos	19,4	1,7
De persona contratadas	2,3	5,7
De servicios sociales	1,4	0,4
Asociaciones de ayuda	--	1,7
No recibe ninguna ayuda	1,3	6,3
NS/NC	0,7	4,2

Fuente: Encuestas de Salud de Catalunya: 1994, 2002.  
Elaboración de Roser Pérez.

Las estrategias familiarizadoras seguidas hasta este momento no son sostenibles a corto plazo; no se trata únicamente de una cuestión demográfica a causa del envejecimiento de la población, sino que van directamente ligadas al proceso de emancipación de la mujer, y de una serie de transformaciones en las formas de vida familiares, entre las que hay que destacar el aumento de los hogares monomarentales. El aumento del índice de actividad femenina producirá una falta de mujeres “disponibles” que puedan ocuparse de las personas dependientes o de edad avanzada.

El Servicio de Ayuda a Domicilio y el de Teleasistencia son los más utilizados en España por las personas mayores: de cada 100 personas de 65 años y más, dos utilizan el primero y una, el segundo (con carácter no excluyente). En conjunto, el nivel de servicios dedicados a la atención domiciliaria es muy insuficiente; el índice de cobertura en enero de 2002 sólo es de un 2,8%, mientras que la media europea en el año 2002 ya era del 12%, y varía mucho entre comunidades autónomas. Las comunidades que mejor prestan este servicio en índice de cobertura y de intensidad son Castilla-La Mancha y País Vasco. Catalunya, entre enero de 2001 y enero de 2002 ha invertido su situación: el número de usuarios ha pasado de 13.898 (2001) a 39.293 (2002), en enero de 2001 el índice de cobertura era del 1,30 (España 2,07) y la intensidad horas/mes

de 6,80 (España 16,01). En enero de 2002 no tenemos datos de la evolución de la intensidad en horas en Catalunya, pero el índice de cobertura (3,55) ya supera la media española (2,80).

El índice de cobertura de los servicios de Teleasistencia en Catalunya (0,59%) es de los más bajos del país (1,48%), sólo está por encima de Canarias, Cantabria y Galicia. La variación entre 1999 y 2002, ha sido positiva (0,20%), pero aún ha crecido bastante por debajo de la media española (0,70).

Cuadro 8  
Atención a los mayores de 65 años que requieren ayuda en Catalunya  
(1994, 2002)

Personas atendidas	Encuesta de Salud de Catalunya 1994	Encuesta de Salud de Catalunya 2002
Por familiares	89,6	66,0
Por personas contratadas	0,6	0,5
Per Servicios Sociales	0,1	0,2
Por sí mismos	9,8	33,3

Fuente: Encuestas de Salud de Catalunya: 1994, 2002.  
Elaboración de Roser Pérez

En España el número de plazas en apartamentos tutelados es testimonial (0,05 por cada 100 personas mayores de 65 años, mientras que se habían previsto para el 2000 unas 4,5 plazas); el índice de cobertura también es simbólico (0,08) y en Catalunya aún es más bajo en este apartado (0,03) (Cfr. IMSERSO, 2002).

Cuadro 9  
Servicio público de ayuda a domicilio, 1999-2002.

Comunidades Autónomas	Enero 1999 Índice cob.	Enero 2000 Índice cob.	Enero 2001 Índice cob.	Intensidad <sup>(1)</sup> horas/mes Enero 2001	Enero 2002 Índice cob.	Var.2002/ 1999 Índice cob.
Andalucía	1,79	1,64	2,04	8,76	2,96	1,16
Aragón	2,52	2,40	2,44	16,50	2,67	0,15
Asturias	1,51	1,58	1,79	15,40	2,52	1,01
Baleares	2,28	1,82	2,78	12,00	2,75	0,47
Canarias	1,90	1,64	1,88	12,00	2,16	0,26
Cantabria	1,51	1,55	1,55	9,83	1,47	-0,04
Castilla - La Mancha	2,54	2,54	2,55	20,15	5,22	2,69
Castilla y León	2,13	2,07	2,48	21,62	2,90	0,77
Cataluña*	1,23	1,19	1,30	6,80	3,55	2,31
Extremadura	4,69	4,41	4,86	9,50	4,58	-0,12
Galicia	1,16	1,13	1,35	34,00	1,48	0,32
Madrid	1,98	1,89	1,89	14,50	2,71	0,73
Murcia	1,44	1,42	1,64	15,00	1,83	0,40
Navarra	3,33	3,01	3,02	11,48	3,67	0,34
La Rioja	2,30	2,41	2,84	12,00	3,02	0,73
C. Valenciana	0,78	0,86	2,16	13,00	1,80	1,02
País Vasco	2,76	2,96	2,85	23,59	4,76	2,00
Ceuta	2,79	0,97	1,76	12,00	1,80	-0,99
Melilla	3,84	2,91	3,04	20,00	3,06	-0,78
ESPAÑA	1,82	1,76	2,07	16,01	2,80	0,98

Fuentes: Observatorio de personas mayores (MSERSO). Servicios sociales para personas mayores en España, 1999-2002.

Índice de cobertura (usuarios/población >65 años)x100

(\*) Los datos de enero 2002 para Cataluña incluyen: Ayuda a Domicilio Sociosanitaria, Ayuda a Personas (Programa PUA) y a Familias para Ayuda a Domicilio.

(1) MSERSO: Las personas mayores en España. Informe 2002.

Intensidad (horas totales mes/población >65 años), enero 2001.

Cuadro 10  
Servicio público de teleasistencia. Índice de cobertura (usuarios/población >65 años)

	Enero 1999 Índice cob.	Enero 2000 Índice cob.	Enero 2001 Índice cob.	Enero 2002 Índice cob.	Var.2002/ 1999 (%)
Andalucía	0,93	1,55	1,55	2,16	1,23
Aragón	1,19	1,14	1,67	1,66	0,47
Asturias	0,66	0,73	0,89	1,27	0,61
Baleares	0,57	0,45	0,72	0,70	0,13
Canarias	0,26	0,22	0,26	0,24	-0,02
Cantabria	0,20	0,19	0,19	0,35	0,14
Castilla - La Mancha	1,24	1,70	1,85	2,83	1,59
Castilla y León	1,21	1,50	1,61	2,22	1,01
Cataluña	0,39	0,31	0,57	0,59	0,20
Extremadura	0,73	0,66	0,66	0,64	-0,09
Galicia	0,12	0,06	0,29	0,46	0,34
Madrid	1,05	1,01	1,01	1,80	0,76
Murcia	0,74	0,75	1,16	1,29	0,55
Navarra	2,27	2,66	3,55	3,92	1,65
La Rioja	0,63	0,79	0,82	0,96	0,33
C. Valenciana	0,57	0,53	1,99	1,70	1,13
País Vasco	1,22	1,16	1,16	1,46	0,24
Ceuta	1,56	1,43	1,43	1,38	-0,19
Melilla	1,86	2,63	2,04	2,36	0,50
ESPAÑA	0,78	0,90	1,07	1,48	0,70

Fuente: Observatorio de personas mayores (MSERSO). Servicios sociales para personas mayores en España, 1999-2002.

Índice de cobertura (usuarios/población >65 años)x100.

## Rasgo 3c: Personas con minsuvalía

Para el año 1999, el INE estimó un total de 3.528.221 personas con minusvalía, lo que supone un 9% de la población española total. En la oferta autonómica para la atención a las discapacidades, además de una escasa cobertura con relación a las necesidades potenciales, también encontramos diferencias y desigualdades territoriales significativas. Destacan, por la oferta de establecimientos, comunidades como Catalunya, con una proporción entre cantidad de recursos (692 centros en total) y demanda potencial (564.413 personas con alguna discapacidad) bastante elevada, y el País Vasco (143.601 usuarios potenciales frente a 202 establecimientos). La situación de Asturias, por ejemplo, es bastante distinta: según el INE, con 101.003 personas con alguna discapacidad en 1999, sólo dispone de 49 centros de atención para este colectivo, mientras que Extremadura, con un número de personas con discapacidad bastante parecido (102.291) ofrece 95 establecimientos.

Catalunya está por encima de la media española en el número de centros de atención a discapacidades. Hay una evolución ascendente de las plazas de servicios de atención a las personas con disminución (excepto en los centros de atención especializada) pero, a pesar de todo, insuficiente. Si se tiene en cuenta que el total de la población con disminución reconocida a 31 de diciembre de 2001 es de 267.988 personas, el 4,22% del total de la población, se desprende una ratio de cobertura baja: del total de plazas disponibles en hogares residenciales, residencias, centros ocupacionales y de atención especializada, se obtiene una ratio de 0,24 plazas por cada 100 habitantes, y una ratio de 5,7 plazas por cada 100 personas con disminución. Una característica de este sector es

que está relativamente concentrado en unas cuantas empresas de iniciativa social y que está menos regulado que otros sectores, por ejemplo que las residencias de personas mayores en aspectos como ratios de personal y de requisitos para acceder a las subvenciones públicas.

Quadro 11  
Servicios de atención a personas con disminución en Catalunya (1996-2001)

Años Servicios	Plazas públicas	Plazas concertadas		Plazas de iniciat. social (ls)	Plazas de iniciat. merc. (lm)	Total plazas (% s/1000h.)
		ls	lm			
1996						
Hogares residencia	136	0		1.589	40	1.765 (0,29)
Residencias para disminuidos	678	0	85	1.480	365	2.608 (0,43)
Centros ocupacionales	809	0		5.950	0	6.759 (1,12)
Centros de atención especializada	282	0		845	0	1.127 (0,19)
1999						
Hogares residencia	134	0		1.785	40	1.959 (0,32)
Residencias para disminuidos	752	0		1.380	450	2.582 (0,42)
Centros ocupacionales	600	0		7.901	0	8.501 (1,38)
Centros de atención especializada	287	0		450	5	742 (0,12)
2001						
Hogares residencia	134	0		2.111	40	2.285 (0,36)
Residencias para disminuidos	813	0		1.551	450	2.814 (0,44)
Centros ocupacionales	576	0		8.887	0	9.463 (1,49)
Centros de atención especializada	305	0		448	0	754 (0,12)

Fuente: Mapas de Servicios Sociales, 1996, 1999-2000 y 2001

### Rasgo 3d: Toxicomanías

Los recursos específicos para la atención de las drogodependencias han experimentado, en general, un desarrollo considerable, sin embargo, el aumento concreto de cada uno de los recursos ha sido muy desigual. Sin duda, el tipo de recurso que más ha contribuido a la expansión global registrada en la oferta asistencial han sido los programas de mantenimiento con metadona. Sin embargo, aún hoy son los centros ambulatorios los recursos que atienden a un mayor número de usuarios.

Catalunya está ligeramente por debajo de la media española en ratio de usuarios por centro en ambulatorios, y un poco más por debajo en la ratio de dispensarios por metadona. En

usuarios/unidades hospitalarias está un poco por encima de la media española. Aún disponiendo Catalunya de una ratios aceptables, lo más significativo es la limitada presencia del sector público en la provisión de plazas (especialmente en los centros residenciales). En 2001 la oferta de plazas de titularidad pública en los centros de día es del 38% y el 62% corresponde a la iniciativa social; en el caso de los centros residenciales también existe un claro predominio de la oferta de iniciativa social (80,9%), una presencia de la iniciativa mercantil del 15,6% (en ambos casos sin concierto), y una escasa presencia de la titularidad pública (3,5%).

Quadro 12  
Recursos específicos de atención a drogodependientes (públicos o privados con financiación pública) y distribución de los usuarios atendidos en 2001.

Comunidades Autónomas	Centros Ambulatorios		Unidades Hospitalarias		Comunidades Terapéuticas		Dispensarios de Metadona	
	Centros	Usuarios	Centros	Usuarios	Centros	Usuarios	Centros	Usuarios
Andalucía	109	12.375	3	653	15	1.279	604	19.754
Aragón	26	1.425	1	76	2	154	82	2.678
Asturias	18	2.180	7	282	6	217	36	2.924
Baleares	22	1.558	1	20	3	168	25	3.601
Canarias	30	9.149	2	370	5	483	24	6.006
Cantabria	3	420	1	25	1	54	15	1.855
Cast.-La Mancha	9	1.202	6	149	16	246	209	2.481
Cast. y León	51	1.225	3	277	9	659	57	5.056
Catalunya	53	6.175	10	770	11	-	251	8.931
Ratio us./centro	116,5		77,0				35,58	
Extremadura	15	1.216	1	54	6	359	25	1.732
Galicia	37	2.607	6	421	4	382	22	9.014
Madrid	31	7.688	3	399	9	301	38	8.679
Murcia	12	1.264	2	61	2	89	18	3.343
Navarra	12	1.210	2	68	3	190	127	974
País Vasco	-	-	-	-	-	-	-	-
La Rioja	6	337	1	28	1	46	4	567
Valencia	53	8.094	5	571	4	237	54	6.490
Ceuta	1	183	1	2	0	5	3	424
Melilla	1	222	0	0	0	0	1	222
ESPAÑA	489	58.530	55	4.226	97	4.869	1.595	84.731
Ratio us./centro	119,7		76,8		50,2		53,1	

Fuente: Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 2001, Ministerio del Interior, DGPNSD, Secretaría General Técnica.

*Rasgo 4: Provisión gratuita bajo estricta comprobación de medios y recursos muy escasos.* Los servicios sociales aún están regidos por la lógica asistencialista donde la falta de oferta implica que los servicios se ofrezcan en situaciones de falta de recursos económicos o de desamparo familiar. La escasez de la dotación de recursos hace necesario que la



comprobación de los medios tenga que ser muy cuidadosa para asignar las ayudas. Es necesaria una apuesta política para incrementar las dotaciones de todo tipo de recursos.

Los servicios sociales españoles no han conseguido un lugar respetable en el conjunto del sistema de protección social. A pesar de la expansión y modernización que han experimentado los servicios sociales desde la transición democrática, las expectativas universalistas y de servicio público no se han cumplido; siguen ocupando una posición de carácter peyorativo, identificada con la asistencia y la beneficencia, con el mundo de los pobres y con los grupos de riesgo. La reducida cantidad de recursos destinados se traduce en una intensidad protectora muy baja y un alto grado de selectividad. De esta manera, las barreras para el acceso a los programas de lucha contra la pobreza y la exclusión social, las Rentas Mínimas de Inserción, son tan elevadas que hace que únicamente compense a la población en situación de privación al límite de la subsistencia.

Hay una enorme desproporción entre el porcentaje de hogares pobres en España (19,4%), y el porcentaje de hogares que reciben rentas mínimas de inserción (0,32%). Las diferencias entre comunidades autónomas son mucho menos significativas que el escaso esfuerzo de todas ellas para afrontar la pobreza y la exclusión social. A pesar de esto, se puede señalar que Navarra y el País Vasco tienen índices de pobreza por debajo de la media y destinan recursos por encima de esta media. Al contrario, Canarias, Galicia y la Comunidad Valenciana, que tienen índices de pobreza superiores a la media, destinan recursos por debajo.

Catalunya tiene un porcentaje de hogares pobres (14,0%) por

debajo del de España (19,4%). Aún así, en términos relativos es menos generosa; el porcentaje de hogares pobres que reciben Rentas Mínimas de Inserción en Catalunya es del 0,24% y la media española del 0,32%. Así mismo, el porcentaje de gasto público con relación al PIB que hace Catalunya en Rentas Mínimas de Inserción (0,16%) no llega a la mitad de la de España (0,34%), y el gasto en Renta Mínimas de Inserción por habitante en Catalunya (404 ptas.) sólo supone el 67,1% de la media española (602 ptas.).

El problema de la pobreza no ha formado parte de la agenda política, ha estado prácticamente ausente del debate social y económico de nuestra sociedad del bienestar. No ha alarmado que cerca del 20% de hogares en España, y el 14% en Catalunya sean pobres. Cuando, además, sus características indican que ésta es bastante estructural y está escasamente relacionada con el ciclo económico. Aproximadamente dos terceras partes de los pobres catalanes no tienen ninguna posibilidad de salir de ella si las condiciones de redistribución actuales del sistema de bienestar social no se modifican.

El agudo y lacerante problema de la pobreza se ha redefinido como una cuestión de riesgos y desventajas aleatorias; y la inmigración como un asunto de interculturalidad. Sin embargo, la llegada de personas procedentes de países extranjeros está aumentando cuantitativamente y presenta nuevos retos cualitativos para las administraciones. Según los datos de permisos de residencia del Ministerio de Interior, el 31 de diciembre de 1999 había un total de 183.736 residentes extranjeros en Catalunya; lo que suponía el 2,9% de la población total. Según las mismas fuentes, el 31 de diciembre de 2002, había 328.461 residentes, el 5,1% de la población total. Estas cifras disminuyen si sólo se contabilizan los

procedentes de países en vías de desarrollo o los inmigrantes considerados económicos: 132.790 personas, un 2,16% del total de la población catalana en 1999 y 246.091 residentes en 2002, un 3,78% de la población total. Estas cifras se refieren a las estadísticas oficiales de inmigración regular, pero diversos especialistas estiman que la diferencia con la población en situación irregular es de un 30% a un 40% y, además, Catalunya acoge al 25% del total de extranjeros en España.

### **III. La política autonómica de Servicios Sociales: la dimensión operativa** *Rasgo 1: Diferencias regionales considerables.*

Persiste la diferencia entre comunidades autónomas en índices de cobertura, gasto por habitante, ratios y salarios de trabajadores, así como de equipamientos. Si tenemos en cuenta la capacidad económica de Catalunya, esta comunidad muestra más indicadores negativos que positivos en relación al conjunto.

En España las diferencias entre comunidades autónomas son muy acusadas. Tras veinte años de autonomías, existen signos evidentes de que el proceso de descentralización política y administrativa ha conducido a la aparición de opciones políticas de servicios sociales y de agendas institucionales diferenciadas. La consecuencia más inmediata es la aparición de distintas tendencias en la configuración de los servicios sociales a las distintas comunidades autónomas y una gran heterogeneidad entre ellas.

Los problemas derivados de la descentralización impulsaron la puesta en marcha de mecanismos o instrumentos para compaginar o garantizar los principios de solidaridad y de

igualdad con el de la descentralización. En 1988 se puso en marcha el Plan Concertado por el Desarrollo de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales. Es un convenio administrativo que conecta los tres niveles de la Administración Pública a través de los compromisos de confinamiento, gestión, información y asesoramiento técnico para “garantizar a todos los ciudadanos la red de prestaciones básicas”, a saber: información y orientación, ayuda a domicilio, alojamiento, prevención e inserción social. Las prestaciones se aseguran a través de los Centros de Servicios Sociales (CSS) y/o las Unidades de Trabajo Social (UTS), albergues, centros de acogida creados en las 15 autonomías del Plan (no incluye ni Navarra, ni el País Vasco, ni Ceuta y Melilla).

Cuadro 13  
Desigualdad de renta; pobreza y rentas mínimas de inserción en las Comunidades Autónomas

Comunidades Autónomas	Personas pobres y hogares (%)	Personas perceptoras de RMI y hogares (%)	Gasto público en RMI (%)	Gasto público en RMI ptas. por habitante
Andalucía	30,2 (26,3)	0,20 (0,35)	0,24	562
Aragón	22,3 (21,0)	s.d.(s.d.)	0,07	62
Asturias	16,2 (14,2)	0,14 (0,23)	1,50	1.188
Canarias	27,1 (25,0)	0,01 (0,01)	0,13	234
Cantabria	17,7 (15,2)	0,15 (0,26)	0,02	19
Cast-La Man.	30,7 (29,1)	0,10 (0,16)	0,65	741
Cast. y León	25,5 (23,0)	0,14 (0,22)	0,43	343
Catalunya	16,1 (14,0)	0,14 (0,24)	0,16	404
Extremadura	45,6 (37,5)	0,23 (0,36)	0,12	146
Galicia	21,3 (21,0)	0,10 (0,18)	0,19	297
Madrid	11,1 (9,4)	0,31 (0,55)	0,82	649
Murcia	30,5 (24,9)	0,20 (0,34)	0,30	223
Navarra	11,0 (10,6)	0,38 (0,69)	0,27	1.219
La Rioja	15,2 (13,5)	0,11 (0,18)	0,17	168
C. Valenciana	24,5 (20,8)	0,10 (0,19)	0,18	377
País Vasco	12,6 (11,6)	0,64 (1,18)	1,00	2.936
ESPAÑA	22,1 (19,4)	0,19 (0,32)	0,34	602

Fuente: Equipo EDIS y otros (1998): *Las condiciones de vida de la población pobre en España*. Informe general; p. 163 y 168. José Adelantado y José Antonio Noguera: Informe sobre el desarrollo y la aplicación del PIRMI (1990-96), en VV.AA. (1999): *Los desigualtats socials a Catalunya*; p. 360; y elaboración propia.

Diez años después de ponerse en marcha, el objetivo de “garantizar a todos los ciudadanos la red de prestaciones básicas” se cumple de manera muy desigual.

*Rasgo 2: Especialización de la oferta entre administraciones*

*públicas, sector privado mercantil e iniciativa social.* El Sistema Catalán de Servicios Sociales sigue un modelo de gestión público-privada que supone que, si bien la responsabilidad siempre es pública, la prestación y la gestión de los servicios puede estar en manos de la iniciativa privada. La escasa provisión pública de servicios que se ha detectado quiere decir que el sistema deja un amplio margen de intervención a la iniciativa mercantil y a la iniciativa social; y no siempre suficientemente regulado e inspeccionado.

El sistema español de servicios sociales se caracteriza por ser un sistema mixto de provisión pública y privada. En el sector público se encuentran tres instituciones diferentes: la asistencia social del Estado, la de las comunidades autónomas y los servicios municipales. En el sector privado existe un sector no lucrativo extenso, con diversas grandes organizaciones como Cruz Roja Española, Cáritas Española y la ONCE y un sector mercantil en expansión.

Existe una cierta especialización funcional entre la iniciativa mercantil, el sector público y la iniciativa social. Las empresas mercantiles se centran en aquellos servicios en que se puede obtener beneficio económico, y hay una demanda solvente, como por ejemplo, residencias para personas mayores; la iniciativa social desarrolla su actividad en servicios de una rentabilidad dudosa; y el sector público ofrece una parte minoritaria de todos los servicios que después complementa con una oferta “concertada” a precios de mercado con la iniciativa mercantil y “subvencionada” con la social.

Los servicios públicos y los privados se utilizan por igual. Sin embargo, se puede observar como en ciertas comunidades autónomas existe un predominio de los servicios públicos,

sobre todo en aquellas en que los servicios están más desarrollados. En cambio, Cáritas y Cruz Roja tienen más protagonismo que los servicios sociales en siete autonomías, entre las que encontramos aquellas donde hay una mayor incidencia de la pobreza: Andalucía y Extremadura, donde los servicios públicos representan el 36 y el 31% respectivamente de todos los servicios sociales a los que acceden los pobres.

En Catalunya la oferta de titularidad pública está presente en todos los sectores, pero en 2001 únicamente es mayoritaria en centros abiertos para niños y adolescentes (63,8%), pretalleres (55,1%), centros de acogida (57,4%) y viviendas tuteladas (54,5%).

La iniciativa social también está presente en todos los servicios, ya sea de forma privada o concertada. Y su presencia está ampliamente extendida, (entre el 80–90%) en centros ocupacionales para disminuidos (93,9%), residencias para disminuidos (92,3%), residencias para toxicómanos (80,9%). Es mayoritaria en tratamientos de estimulación precoz (63,8%), atención especializada a personas con disminución (59,5%) y residencias para disminuidos gravemente afectados (55,1%). La iniciativa social concertada es muy mayoritaria en centros residenciales de acción educativa (69,8%) y está bien implantada en centros de acogida (42,6%).

La iniciativa mercantil está concentrada en los servicios para las personas mayores y residenciales, es mayoritaria en residencias para personas mayores (53,2%), y está bien implantada en los centros de día para personas mayores (46,2%). Está presente en algunos servicios residenciales y para grupos específicos de personas: viviendas tuteladas

(20,1%), residencias para disminuidos gravemente afectados (16,0%) y residencias para toxicómanos (15,6%). La presencia de la iniciativa mercantil concertada es meramente simbólica pero muy selectiva en centros de día para personas mayores (0,9%), residencias para personas mayores (0,8%) y viviendas tuteladas (0,6%).

Como en otros países del sur de Europa la financiación de las entidades de Iniciativa Social es mayoritariamente pública mediante subvenciones, y no existen canales institucionales lo bastante formalizados entre el gobierno de la Generalitat y las asociaciones para concertar políticas de servicios sociales. Las transferencias a estas entidades suponen en el año 2000 un 14% del total de gastos del Sistema Público de Servicios Sociales, y un 65% de los ingresos de las entidades de Iniciativa Social, pero se desconocen los criterios de reparto; situación que siempre resulta conflictiva porque es fuente de recelos, presiones y negociaciones poco transparentes.

La progresiva mercantilización y comunitarización en la prestación de servicios en la dirección de una mayor corresponsabilidad entre el Estado y la sociedad civil, a pesar de que a priori pueda parecer que mitiga el monopolio y el sesgo burocrático del sector público, no escapa necesariamente de estos y otros males. De entrada, la Generalitat sigue teniendo el monopolio del reparto de recursos, con la dificultad añadida de una reducción de la capacidad de control público y democrático sobre la eficacia de los recursos transferidos a la iniciativa sin ánimo de lucro y a la mercantil. Además, algunos destinatarios de los recursos se pueden comportar de forma oligopólica y hacer presión para que se les asigne más parte de la que bajo criterios objetivos les tendría que corresponder; a la vez que aparecen dudas

sobre cómo garantizar el acceso a los servicios a los que cualquier ciudadano tiene derecho.

Cuadro 14  
Acceso de pobres (%) a los servicios sociales según tipo de institución  
y eficacia (%) en la resolución de problemas

	Com. autón.		Cruz Roja	Cáritas	Otros	Pobres que acceden	Eficacia en soluc.
Andalucía	10	26	32	28	4	50	71,6
Aragón	17	42	15	20	6	51	70,5
Asturias	5	52	33	9	1	64	79,1
Baleares	18	24	22	33	3	42	73,0
Canarias	14	51	14	16	5	52	68,5
Cantabria	6	25	20	44	5	51	75,3
Cast. - La Man.	31	34	17	12	6	43	58,9
Cast. y León	21	23	27	22	6	38	64,5
Catalunya	9	47	23	17	3	52	71,7
Extremadura	7	24	32	28	9	46	65,2
Galicia	11	17	31	38	3	35	78,8
Madrid	20	40	14	23	3	44	61,9
Murcia	11	36	37	15	1	43	58,4
Navarra	14	50	20	14	2	63	73,2
La Rioja	18	37	21	15	9	61	65,4
C. Valenciana	14	47	19	18	2	54	58,1
País Vasco	18	39	22	19	2	54	74,7
ESPAÑA	14	35	25	22	4	49	68,0

Fuente: Equipo EDIS y otros (1998): *Las condiciones de vida de la población pobre en España. Informe general*. P. 398 y 402.

Por otro lado, es posible, incluso, que este sesgo burocrático aumente; las entidades de iniciativa social y las mercantiles concertadas tienden a comportarse de forma para-pública, y por este motivo se deben someter a un necesario control burocrático por parte de las autoridades, lo que reduce su flexibilidad y capacidad de innovación. Además, las actividades de los voluntarios pueden esconder una vía precaria de incorporación al mercado de trabajo, mezclando el altruismo con la actividad laboral, situación que choca con los intereses de los grupos profesionales en presencia (Giner y Sarasa, 1997).

La insuficiente oferta global de servicios se ve agravada por la polaridad de grupos sociales a los que se dirige la iniciativa no pública; la social a los más pobres y la mercantil, a los más ricos. Esta especialización pone de manifiesto que una franja intermedia de la población no es atendida, ya sea porque sus



rentas no son lo bastante bajas para franquear la estrecha puerta de entrada a los recursos públicos, o no son lo bastante elevadas como para comprar servicios mercantiles (Crespo i Rimbau, 1998). Esta situación no deja de cuestionar los límites de la justicia social y la capacidad distributiva del sistema catalán de servicios sociales.

Rasgo 3: Descentralización, fragmentación y déficits de coordinación entre niveles.

El proceso de descentralización de los servicios sociales otorga competencias y funciones a los poderes locales; en Catalunya la descentralización es insuficiente y se tiene que evitar que el traspaso de competencias hacia los ayuntamientos vaya acompañado de una duplicidad de redes y de insuficientes recursos económicos que hagan peligrar la cobertura y el equilibrio en el territorio. También hay déficit en la coordinación entre instituciones.

La mayoría de leyes autonómicas optan por el municipio como principal gestor de los servicios sociales, basándose en el principio de subsidiariedad que establece que las necesidades están mejor atendidas por el nivel administrativo más cercano a los ciudadanos.

Por otro lado, los servicios sociales de las comunidades autónomas han pasado de una cierta desregulación inicial a un énfasis en la reglamentación que, en clave de rendimientos institucionales, muestra ineficacias en aspectos organizativos, competenciales y territoriales. A partir de la segunda mitad de la década de los ochenta, ha habido una intensa actividad normativa de las leyes de Servicios Sociales, que ha producido una importante fragmentación y rigidez en la tipología de

programas, servicios y prestaciones que hacen que la gestión resulte muy compleja y burocrática. La red pública también se ha hecho compleja en niveles de atención y estructura territorial partiendo de un modelo básico que distinguía entre servicios de atención primaria (información, prevención y atención domiciliaria, que eran responsabilidad de los ayuntamientos), y servicios de atención especializada (equipos de diagnóstico y valoración, centros de atención especializada para grupos específicos, y residencias de larga estancia, que correspondían a las administraciones autonómicas).

Hay programas y servicios exclusivamente municipales, otros que dependen directamente de las consejerías de bienestar social, o de otras consejerías; las hay de gestión interdepartamental, estatales y, finalmente, hay programas integrales, interdepartamentales, estatales y europeos. La fragmentación territorial añade nuevos problemas para una gestión eficiente. El diseño piramidal del municipio, comarca y/o diputación no soluciona los problemas derivados del minifundismo local ni el fenómeno contrario de las grandes concentraciones urbanas, al poner al mismo nivel todos los municipios de más de 20.000 habitantes independientemente de su problemática (por ejemplo, Barcelona, Cambrils y Olot).

En la década de 1991 al 2000, sólo el 7,5% de los recursos que administra la Generalitat son transferidos a las corporaciones locales, y con tendencia a la baja. En todos los documentos oficiales y propuestas teóricas se otorga a los servicios sociales municipales una importancia estratégica por el bienestar comunitario; a pesar de todo, la descentralización del gasto hacia los ayuntamientos es minúscula.

Esta centralización de recursos de la Generalitat aún puede

matizarse más si se tiene en cuenta que en 1979 los ayuntamientos gastaban el 11,9% de los recursos del sector público y en 1999 sólo llegan al 12%; y que la Administración central ha reducido su participación del 88,1% al 65,4% en estos veinte años, en beneficio de las administraciones autonómicas, que en 1999 absorben el 22,6% del gasto público. Sin embargo, la centralización y exigüidad del gasto por parte de la Generalitat sólo exonera parcialmente la responsabilidad de los municipios respecto de la escasez de los recursos destinados a servicios sociales que, en temas de porcentaje presupuestario, está alrededor del 3%, inferior, pues, al 4% que ya recomendaba el Mapa de Servicios Sociales en 1984, y muy inferior a la media del Estado.

Como en el resto del Estado, la organización del Sistema Catalán de Servicios Sociales es mixta. A nivel público se estructura en una red básica de servicios sociales de responsabilidad pública (XBSSRP) y a nivel privado cuenta con una importante participación de la iniciativa social y mercantil. La red pública se ha ido haciendo más compleja en niveles de atención y estructura territorial. Desde la Ley 4/1994 se han complicado los niveles asistenciales, territoriales y el entramado de competencias.

Se han multiplicado las necesidades de coordinación y colaboración que, aún siendo necesarias, se hacen más costosas en la medida en que se opta por un organigrama muy centralizado y jerarquizado en la gestión de los servicios. Los déficits de coordinación son muy notables, ya que la multiplicidad de programas de distinto ámbito temático, las confusas competencias territoriales y funcionales y la escasa planificación de la iniciativa social y mercantil, exigen un reglamentarismo de carácter reactivo que no únicamente

deriva en elevados costes burocráticos, sino que genera insatisfacción entre profesionales, políticos y entidades, al mismo tiempo que proyecta una imagen de confusión y desconfianza entre la población.

Un modelo organizativo de inspiración centralista en cuanto a gestión se refiere, y en consecuencia más burocrático, hace que los profesionales ocupen más tiempo rellenando formularios e informes, además de asistir a reuniones, que en la atención directa a la población. Si bien, está regulado a qué instancia superior se tiene que transmitir la información o derivar al usuario, no existe una ordenación coherente de competencias y responsabilidades públicas, y mucho menos articuladas con la iniciativa social y mercantil. Parece un modelo muy fragmentado y poco coordinado en el que las duplicidades, el incremento de la burocracia y las deseconomías de escala también tienden a reducir el rendimiento institucional.

Un elemento clave para la planificación son los Mapas de Servicios Sociales de Catalunya. En 1984 se publicó el primero (también en España). El segundo mapa se realizó doce años más tarde; se publicó en 1996. A partir de aquí con el mismo formato se han ido publicando distintos mapas: el de 1997-98, el de 1999-2000 y, finalmente, una actualización de datos básicos en 2001, que publicó el Departamento de Bienestar Social y Familia en julio de 2003.

Los Mapas de Servicios Sociales y sus actualizaciones han sido piezas básicas para la planificación, que se ha instrumentalizado mediante los Planes de Actuación Social (PAS). Se han elaborado cuatro (I: 1988-1991, II: 1992-1995, III: 1997-2001 y IV: 2003-2006). El primero plantea como

principal objetivo apoyar el establecimiento de una red de atención primaria mediante la creación de las unidades básicas de atención social primaria (UBASP) y el desarrollo del ICASS.

El segundo PAS se prorrogó hasta 1996 y planteó los siguientes objetivos: impulsar el desarrollo del sistema en el marco de una corresponsabilidad pública interadministrativa con una gestión y una iniciativa público-privada; completar la red básica de servicios y prestaciones como medio para avanzar en la garantía de los derechos de los ciudadanos; desconcentrar la administración de la Generalitat hacia las comarcas; conseguir la plena coordinación de servicios y la máxima rentabilidad social; y crear la cohesión social y el bienestar de la gente. Sin embargo, está muy lejos de constituir un instrumento de planificación general que regule la dispersión de competencias.

El tercer PAS (1997-2001), al no conseguir los objetivos generales del segundo, tiene literalmente los mismos, y sobre el papel es un documento de planificación mucho más sofisticado que el anterior; ahora bien, en conjunto es un plan que aún mantiene muchas de las insuficiencias destacadas con relación al segundo.

Entre 2001 y 2003 no ha habido ningún PAS. Y no sorprende que el IV Plan de Actuación Social lo aprobara la Generalitat de Catalunya el 8 de octubre de 2003, poco más de un mes antes de las elecciones autonómicas. Y ya sea por la distancia en la elaboración del III PAS (septiembre de 1997), por las nuevas necesidades (el problema de la dependencia, los movimientos migratorios, los cambios familiares), o por las modas ideológicas y cambios semánticos (de la lucha contra la

exclusión a la promoción de la inclusión social), lo cierto es que el IV PAS pone el dedo en la llaga: “Los servicios sociales están en una fase de transición de un sistema cualitativamente importante y socialmente necesario pero todavía poco estructurado, hacia un sistema de derechos, con un crecimiento de las cobertura de atención...” “Es necesario proceder a un análisis y revisión de la cartera de servicios, de su modelo de organización y de las correspondientes fórmulas de financiación que sirvan de fundamento para la posterior elaboración de una nueva Ley de servicios sociales de segunda generación, que pueda emplazar a los servicios sociales en un nuevo marco jurídico, con el objetivo de iniciar el proceso de consolidación del Sistema Catalán de Servicios Sociales (Generalitat de Catalunya, IV PAS, p. 3 y 5).

Por otro lado, los objetivos son tanto una muestra reiterada de los problemas pendientes (derecho a los servicios sociales, desequilibrios territoriales) como de los déficits de coordinación y participación democrática.

*Rasgo 4: Existencia de mecanismos clientelares en la distribución pública del bienestar. Red de actores.* El crecimiento fragmentario y por adjunción de los servicios sociales en forma de programas ad hoc, refleja un tipo de planificación autonómica hecha más bien a golpe de demandas de grupos específicos. Por otro lado, la falta de una regulación más explícita sobre los contenidos de los servicios prestados por la iniciativa privada, y los criterios para asignar las subvenciones, posibilita una cierta discrecionalidad en el reparto y el control público de los recursos.

Desde principios de los años setenta y hasta la primera mitad de la década de los ochenta, la idea de que los servicios

sociales tenían que ser universales de carácter público y de ámbito local fue ampliamente compartida tanto por la cultura de la izquierda política como por los profesionales. Estos supuestos se contradecían, aún conviviendo, con los criterios de corte benéfico y asistencialista propios del aparato franquista y de las corrientes conservadoras. Sin embargo, al mismo tiempo que se ampliaba e institucionalizaba la red básica de servicios sociales de responsabilidad pública, los trabajadores y trabajadoras sociales fueron abandonando las concepciones conflictivistas y autoorganizativas del trabajo comunitario, y se fue debilitando la pretensión de instituir un sistema mayoritariamente público y de garantizar unos derechos subjetivos mínimos. La década de los noventa se caracterizó por el avance ideológico de las tesis neoliberales, que en el sector de servicios sociales ha significado la contención del gasto público y la renuncia a la provisión directa de los servicios. Así, el asistencialismo, la iniciativa socialcomunitaria y, especialmente, la mercantil, han visto aumentada y reforzada su posición.

El bajo compromiso público con la satisfacción de las necesidades de la gente, y la opción residual-asistencialista de la política de servicios sociales, han dado paso a la enorme expansión de nuevos grupos de presión procedentes de intereses que defienden la iniciativa social y mercantil.

Notas:

(1) Datos a diciembre 2001. Resumen realizado por Jordi Navarro del documento que se elaboró para el Foro de Atención a las Personas: Los Servicios Sociales (diciembre 2003). Se puede consultar el documento entero en

[www.ceesc.cat](http://www.ceesc.cat).

