ZERBITZUAN

55

5 EVOLUCIÓN DEL SERVICIO PÚBLICO DE TELEASISTENCIA DE EUSKADI DURANTE 2013 **17** CUANTIFICACIÓN DEL VALOR SOCIAL: PROPUESTA METODOLÓGICA Y APLICACIÓN AL CASO DE LANTEGI BATUAK **35** POLÍTICAS DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA ATENCIÓN A PERSONAS EN SITUACIÓN DE EXCLUSIÓN RESIDENCIAL GRAVE. ELEMENTOS PARA UN DIAGNÓSTICO Y PROPUESTAS ESTRATÉGICAS **47** LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD: UN RETO PARA LAS POLÍTICAS PÚBLICAS **65** UDALEK BERMATZEN AL DUTE ADINGABEKOEN BABESGABETASUNAREN IKERKETA ETA BALIOESTE EGOKI BERA? **87** PROCESOS DE EXCLUSIÓN SOCIAL SEVERA: DE LA ESCUELA A LA CALLE **99** JÓVENES EN LA ENCRUCIJADA DE LA DESVENTAJA: ANÁLISIS DE LAS SITUACIONES DE DESVENTAJA SOCIAL Y CONDUCTAS DE RIESGO EN VITORIA-GASTEIZ **111** ACOMPAÑAMIENTO ESPECIALIZADO CON JÓVENES EN EXCLUSIÓN EN DEBABARRENA: UNA EXPERIENCIA DE INVESTIGACIÓN-ACCIÓN **121** ESTUDIO DIAGNÓSTICO SOBRE LA SITUACIÓN, NECESIDADES Y DEMANDAS DE LAS PERSONAS CON ESPINA BÍFIDA E HIDROCEFALIA Y SUS FAMILIAS EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PAÍS VASCO **133** DESDE LA INVISIBILIDAD Y LA PRECARIEDAD: NUEVOS HORIZONTES PARA LA COLECTIVIZACIÓN DE LAS TRABAJADORAS DE HOGAR

EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO

ENPLEGU ETA GIZARTE
POLITIKETAKO SAILA
DEPARTAMENTO DE EMPLEO
Y POLÍTICAS SOCIALES

GIZARTE ZERBITZUETAKO ALDIZKARIA
REVISTA DE SERVICIOS SOCIALES
MAIATZA · MAYO 2014

Zerbitzuan es una revista científica dedicada a las políticas de bienestar social. Se dirige a todos los agentes involucrados en este ámbito –profesionales, responsables institucionales, investigadores/as, voluntariado y usuarios/as– y tiene como objetivo contribuir al debate sobre la mejora de las políticas y los servicios sociales. Su periodicidad es semestral y se edita tanto en papel como en formato electrónico.

Las colaboraciones publicadas en esta revista con la firma de sus autores expresan la opinión de éstos y no necesariamente la de Zerbitzuan o la del SIIS.

PRODUCE

SIIS Centro de Documentación y Estudios
SIIS Dokumentazio eta Ikerketa Zentroa
Fundación Eguía Careaga Fundazioa
General Etxague 10 bajo
20003 Donostia
Tel. 943 423656
Fax 943 293007
www.siiis.net
publicaciones@siiis.net

CONSEJO DE REDACCIÓN

Edorta Azpiazu
Maite Etxabe
Iñaki Heras
Elena Martín Zurimendi
Jesus Otaño
Arantxa Rodríguez Berrio
Luis Sanzo
Ramón Saizarbitoria
Helena Sotelo
Joseba Zalakain

Tirada: 1.000 ejemplares

© Administración de la
Comunidad Autónoma del País Vasco
Departamento de Empleo
y Políticas Sociales

EDITA

Eusko Jauriaritzaren
Argitalpen Zerbitzu Nagusia
Servicio Central de Publicaciones
del Gobierno Vasco
Donostia-San Sebastián, 1
01010 Vitoria-Gasteiz

DISEÑO

Estudio Lanzagorta

MAQUETACIÓN

Concetta Probanza

IMPRESIÓN

Gertu Komunikazio Bide S.L., Oñati

Depósito Legal: SS 101-1986
ISSN: 1134-7147
Internet: <http://dx.doi.org/10.5569/1134-7147-55>

© SIIS Centro de Documentación
y Estudios de la Fundación
Eguía-Careaga

Está permitida la reproducción total o parcial por cualquier medio de los artículos contenidos en esta revista, siempre que se cite la fuente y el autor o autores de los mismos.

Aldizkaria honako datu-baseetan
zerrendatuta dago:

Esta revista está incluida en las
siguientes bases de datos:

- Dialnet, DOAJ, IN-RECS, ISOC, Latindex,
MIAR, Inguma.

Aurkibidea

Índice

5

Evolución del Servicio Público de
Teleasistencia de Euskadi durante 2013
Lide Amilibia Bergaretxe

17

Cuantificación del valor social: propuesta
metodológica y aplicación al caso de
Lantegi Batuak
José Luis Retolaza
Maite Ruiz-Roqueñi
Leire San-Jose
Jon Barrutia

35

Políticas de servicios sociales para la
atención a personas en situación de
exclusión residencial grave. Elementos
para un diagnóstico y propuestas
estratégicas
José María Duque

47

Las desigualdades sociales en salud: un
reto para las políticas públicas
Javier Segura del Pozo

65

Udalek bermatzen al dute adingabekoen
babesgabetasunaren ikerketa eta
balioeste egoki bera?
Iñaki Lasa Palacios

87

Procesos de exclusión social severa: de la
escuela a la calle
Gabriel Robles Gavira
Ana Beatriz Pérez González

99

Jóvenes en la encrucijada de la
desventaja: análisis de las situaciones de
desventaja social y conductas de riesgo
en Vitoria-Gasteiz
Grupo de Trabajo Interdepartamental,
Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz

111

Acompañamiento especializado con
jóvenes en exclusión en Debabarrena:
una experiencia de investigación-acción
Aitor Ávila Ruiz

121

Estudio diagnóstico sobre la situación,
necesidades y demandas de las personas
con espina bífida e hidrocefalia y sus
familias en la Comunidad Autónoma del
País Vasco
Asociación Bizkaia Elkarte Espina Bífida
e Hidrocefalia (ASEBI)

133

Desde la invisibilidad y la precariedad:
nuevos horizontes para la colectivización
de las trabajadoras de hogar
Angie Larenas Álvarez
Oihane Garcia
Josefina Roco

Evolución del Servicio Público de Teleasistencia de Euskadi durante 2013

Lide Amilibia Bergaretxe

Servicios Sociales, Dpto. de Empleo y Políticas Sociales,
Eusko Jauriaritza-Gobierno Vasco

<ss-gz@ej-gv.es>

Euskadiko Telelaguntza Zerbitzu Publikoa kokatzen da etxeko arreta zerbitzuak eskaintzeko sistema global batean, eta xedetzat du ohiko familia- eta gizarte-ingurunean bizi eta integrazioa aldeztzea. Bestela esanda, eredu honek ardatz hartzen du pertsonan zentratutako arreta integratua, eta horren oinarriko alderdia da modu koordinatu batean artatzea pertsonaren premia sozial eta sanitarioak, dela alderdi prebentiboan, dela arretaren arloan. Bertan agertzen den etxez etxeko zaintzen paradigma-aldaketa honetan telelaguntzak bere baitan du ia mugarik gabeko garapenerako ahalmena, eta rol nagusienetakoa du beste neurri batzuez lagundurik (etxez etxeko laguntza, laguntza-produktuak, partaidetza sozialaren sustapena, etxebizitzaren irisgarritasunaren hobetzea, domotika, osasunaren urrutiko monitorizazioa, etab.).

GAKO-HITZAK:

Telelaguntza, pertsonan zentratutako arreta, autonomia pertsonala, informazio- eta komunikazio-teknologiak, etxez etxeko arreta, koordinazio sozio-sanitarioa.

El Servicio Público de Teleasistencia de Euskadi se enmarca en un sistema global de prestación de servicios de atención en el domicilio y tiene como fin favorecer la permanencia e integración en el entorno familiar y social habitual. En otras palabras, se enmarca en un modelo de atención integral centrada en la persona, cuyo aspecto fundamental es atender las necesidades sociales y sanitarias de la persona de forma coordinada, tanto en su vertiente preventiva como en la asistencial. En este cambio de paradigma que se plantea en la dispensa de cuidados a domicilio, la teleasistencia atesora un desarrollo potencial casi ilimitado y desempeña un papel primordial, en conjunción con otra serie de medidas (ayuda a domicilio, productos de apoyo, fomento de la participación social, mejora en la accesibilidad a la vivienda, aplicaciones domóticas o telemonitorización de la salud, entre otras). Este artículo sintetiza la actividad del Servicio Público de Teleasistencia de Euskadi durante 2013.

PALABRAS CLAVE:

Teleasistencia, atención centrada en la persona, autonomía personal, tecnologías de la información y la comunicación, atención a domicilio, coordinación sociosanitaria.

1. Introducción

La teleasistencia es un servicio técnico de apoyo e intervención social, enmarcado en el contexto de los servicios sociales de atención primaria, que permite a las personas usuarias, a través de la línea telefónica y con un equipamiento de comunicaciones e informático específico, disponer de un servicio de atención permanente, las 24 horas del día y todos los días del año, atendido por personas específicamente preparadas para dar respuesta adecuada a situaciones de emergencia o necesidad social, bien por sí mismo o bien movilizándolo otros recursos comunitarios.

Desde un enfoque preventivo, el objetivo es promover la autonomía personal, aportar seguridad y prevenir patologías, pues permite la comunicación permanente, el consejo y la telemonitorización de la salud. De otro lado, desde una vertiente asistencial, el objetivo es ofrecer cuidados a las personas que, por causa de graves problemas de salud o limitaciones funcionales o de riesgo de exclusión social, necesitan una atención sanitaria y social simultánea, coordinada y estable, ajustada al principio de continuidad de la atención.

La Ley 12/2008, de 5 diciembre, de Servicios Sociales, incluye el Servicio Público de Teleasistencia dentro del Catálogo de Prestaciones y Servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales, y establece que sus características, objetivos, modalidades y requisitos de acceso serán definidos en la Cartera de Prestaciones y Servicios (de la que se dispone de un borrador de decreto). Asimismo, la Ley atribuye la titularidad del Servicio al Gobierno Vasco, al incluirlo entre los servicios de acción directa de éste. El Decreto 144/2011, de 28 de junio, regula los aspectos concernientes al Servicio Público de Teleasistencia, y es a partir del 1 de julio 2011 cuando el Gobierno Vasco, a través del actual Departamento de Empleo y Políticas Sociales, inicia la prestación del servicio, y lo hace mediante encomienda de gestión a Osatek, S.A., sociedad pública del Gobierno Vasco. Antes de 2011, la titularidad del servicio era de las diputaciones forales de los tres territorios históricos de la comunidad autónoma y del Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz.

El servicio de teleasistencia del Gobierno Vasco se basa en tres pilares:

- La homogeneización del servicio en prestaciones y precio público para la población de los tres territorios históricos de la Comunidad Autónoma Vasca.
- La racionalización de los recursos.
- La colaboración y coordinación sociosanitaria. La encomienda de gestión a Osatek S.A., dependiente del Departamento de Salud, busca, precisamente, favorecer, tal como está ocurriendo, la mencionada colaboración sociosanitaria.

El servicio se dirige a personas mayores de 75 años que viven solas y a personas mayores de 65 que se encuentran en situación de dependencia o vulnerabilidad reconocida por los servicios sociales. También se dirige a personas con discapacidad intelectual, física o sensorial y dependencia reconocida en cualquiera de sus grados, así como a quienes padecen una enfermedad mental diagnosticada y presentan una situación de dependencia reconocida, y a personas que se encuentran en riesgo de exclusión social.

Al acabar 2013, tras dos años y medio de existencia, el servicio de teleasistencia del Gobierno Vasco, conocido como betiON, se ha consolidado, fortaleciendo la prestación a las personas usuarias, que valoran muy positivamente el servicio.

2. Población atendida

2.1. Número de personas usuarias

Julio de 2011, primer mes de servicio del Gobierno Vasco, finalizó con un total de 23.463 personas usuarias. Al acabar diciembre de 2013, la población atendida era de 30.393 personas, lo que supone un crecimiento de casi un 30 % en dos años y medio, y del 11 % con respecto a 2012 (27.287 personas).

Para una mejor comprensión del dato de personas usuarias del servicio, es conveniente conocer las altas y bajas producidas durante 2013 (Tabla 1). La media mensual fue de 572 altas y 313 bajas, lo que supone un crecimiento medio mensual de 259 personas. La distribución de personas usuarias por territorio histórico se representa en el Gráfico 1.

Tabla 1. Personas usuarias en activo, altas y bajas, por territorio histórico (2013)

Territorio histórico	Nº personas usuarias*	Altas		Bajas	
		n	Media mensual	n	Media mensual
Araba/Álava	4.093	818	68,17	520	43,33
Bizkaia	17.592	3.813	317,75	2.154	179,50
Gipuzkoa	8.708	2.229	185,75	1.080	90,00
Total	30.393	6.860	571,67	3.754	312,83

* A 31-12-20013.

Fuente: Departamento de Empleo y Políticas Sociales (2014).

Tabla 2. Evolución del número de personas usuarias, por territorio histórico y mes (2013)

Territorio histórico	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Araba/Álava	3.810	3.837	3.849	3.943	3.981	3.993	4.008	4.017	4.049	4.063	4.073	4.093
Bizkaia	16.133	16.301	16.492	16.577	16.754	16.823	16.860	16.985	17.139	17.250	17.372	17.592
Gipuzkoa	7.704	7.806	7.877	7.943	8.054	8.086	8.143	8.206	8.394	8.487	8.600	8.708
Total	27.647	27.944	28.218	28.463	28.789	28.902	29.011	29.208	29.582	29.800	30.045	30.393

Fuente: Departamento de Empleo y Políticas Sociales (2014).

Gráfico 1. Distribución de las personas usuarias, por territorio histórico (31-12-2013)

Fuente: Departamento de Empleo y Políticas Sociales (2014).

Teleasistencia visita a las personas usuarias que cumplen los 100 años. A inicios de 2013 la previsión apuntaba a que 35 personas iban a convertirse en centenarias, de las que finalmente se visitó a 25. En los casos en los que no se pudo acudir al domicilio, bien fue por fallecimiento de la persona usuaria o bien porque la familia, debido al estado de deterioro de la persona, no consideró oportuna la visita.

Con respecto a la unidad de convivencia (Gráfico 3), además de las personas que vivían solas (58,05 %), el 25,19 % lo hacían en pareja y el 6,05 % compartían hogar con más de una persona.

Gráfico 3. Distribución de las personas usuarias por unidad de convivencia (31-12-2013)

Fuente: Departamento de Empleo y Políticas Sociales (2014).

2.2. Perfil de las personas usuarias

Entre la población usuaria del Servicio Público de Teleasistencia de Euskadi al finalizar 2013, el 80,69 % eran mujeres; el 77,57 %, personas mayores de 80 años; y el 58,05 % de las personas usuarias vivían solas.

Por edad, las personas de 80 o más años suponían el 77,57 %, el 2,39 % eran menores de 65 años, y el 20,04 % tenían entre 65 y 79 años. Así pues, el 97,61 % eran mayores de 65 años. El Servicio de

Gráfico 2. Distribución de las personas usuarias por sexo y edad (31-12-2013)

Fuente: Departamento de Empleo y Políticas Sociales (2014).

3. Actividad

Desde la Telealarma de la década de 1980 hasta nuestros días, la teleasistencia ha evolucionado de un servicio reactivo, enfocado fundamentalmente a atender una situación de emergencia, a un servicio proactivo de apoyo y seguimiento, centrado en la persona. La teleasistencia favorece la permanencia e integración en el entorno familiar y social habitual, a través de un servicio que ofrece confianza y seguridad.

Al describir la actividad que se genera en torno al Servicio Público de Teleasistencia, se puede diferenciar entre acciones reactivas ante una demanda concreta de la persona usuaria, y acciones proactivas de seguimiento.

3.1. Llamadas de voz

El Centro de Atención, situado en el nº 60 de la calle María Díaz de Haro, en Bilbao, es el centro de coordinación para los tres territorios históricos. Desde allí se gestiona la atención de las alarmas que generan las personas usuarias, a través de la pulsación del botón rojo de la medalla, y allí se realizan las llamadas salientes para llevar a cabo un seguimiento de las personas. En las Tablas 3 y 4 se puede ver el volumen de actividad del Centro de Atención durante 2013.

Con una población atendida de aproximadamente 30.000 personas, en 2013 el Servicio Público de Teleasistencia de Euskadi gestionó diariamente 800 llamadas entrantes y 2.000 salientes, es decir, un total de 2.800 comunicaciones de voz, de media, todos los días del año. Si fuera con personas dife-

rentes, ello supondría que, en 10 días, se habría contactado una vez con cada persona usuaria.

La tipología de llamadas entrantes fue muy variada, aunque existía un trasfondo común de seguridad para la persona usuaria. El 25,61 % fue por pulsación no deseada; el 19,40 %, por dudas con el equipamiento; el 12,71 %, para pedir o dar información. El resto de llamadas, con porcentajes mucho menores, fueron comunicaciones por ausencia o regreso, emergencias sociales y sanitarias, gestión de cita previa con el centro de salud y charlas por soledad. Estas últimas constituyen un porcentaje mínimo, que no alcanza ni el 0,5 %. Sin embargo, cabe decir que es complicado identificar este motivo en las llamadas, pues la persona usuaria no lo reconoce como tal. Posiblemente, en las pulsaciones no deseadas o en las dudas con el equipamiento hay un motivo de soledad encubierto.

En lo que respecta a las llamadas salientes, en 2013 produjo un incremento del 22,15 % del número de llamadas mensuales emitidas desde el Centro de Atención con respecto a 2012. El mayor incremento fue el de las llamadas de seguimiento, que representaban casi la mitad del total de emitidas y responde al objetivo de que todas las personas deben ser contactadas desde el propio centro al menos una vez al mes. En 2013, la ratio de llamadas salientes por persona fue de 1,3.

3.2. Derivaciones

Las llamadas recibidas en el Centro de Atención del Servicio Público de Teleasistencia pueden ser resueltas mediante recursos propios del propio Centro, por teléfono y a través de las teleoperadoras; o pueden

Tabla 3. Llamadas de voz atendidas en el Centro de Atención, por territorio histórico y mes (2013)

	Mes												Total	
	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	n	Media mensual
Araba/Álava	3.573	3.223	2.925	3.033	2.933	2.840	2.634	2.534	2.725	2.756	2.716	2.855	34.747	2.896
Bizkaia	15.610	15.099	15.492	15.417	14.545	15.818	16.729	15.302	16.663	15.438	14.220	16.298	185.631	15.552
Gipuzkoa	7.199	5.876	5.652	5.328	5.535	5.449	5.109	5.192	5.258	5.480	5.296	5.453	66.827	5.569
Total	26.382	24.198	24.069	23.778	23.013	24.107	24.472	23.028	24.646	23.674	22.232	24.606	288.205	24.017

Fuente: Departamento de Empleo y Políticas Sociales (2014).

Tabla 4. Llamadas de voz efectuadas desde el Centro de Atención, por territorio histórico y mes (2013)

	Mes												Total	
	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	n	Media mensual
Araba/Álava	7.572	6.831	7.747	8.247	8.432	7.741	7.512	7.875	7.701	8.286	7.570	7.048	92.562	7.714
Bizkaia	37.008	35.931	37.245	38.681	36.588	36.923	37.278	37.583	39.505	37.104	36.125	37.660	447.631	37.303
Gipuzkoa	15.064	13.754	14.559	14.743	16.135	15.979	15.256	15.703	15.364	16.571	15.427	15.227	183.782	15.315
Total	59.644	56.516	59.551	61.671	61.155	60.643	60.046	61.161	62.570	61.961	59.122	59.935	723.975	60.332

Fuente: Departamento de Empleo y Políticas Sociales (2014).

precisar la coordinación con otros recursos, que es lo que se denomina derivación. El destino de las derivaciones pueden ser de tres tipos: otros servicios públicos del Gobierno Vasco (como es el caso de SOSDeiak y Osakidetza), contactos personales de la persona usuaria (familiares, amigos o vecinos) y la unidad móvil del propio Servicio de Teleasistencia.

El 87,33 % de las llamadas recibidas en el Centro de Atención fueron resueltas de manera telefónica por las teleoperadoras, y el 12,67 % requirieron ser derivadas. Las derivaciones se clasifican en cinco categorías:

- Consejo Sanitario¹ (46 %): equipo de enfermeras del servicio de Emergencias de Osakidetza.
- Cita Previa² (23 %): servicio telefónico de Osakidetza para gestionar una cita con el médico o la enfermera de Atención Primaria.
- Contactos (23 %): familiares, amigos o vecinos de la persona usuaria.
- SOSDeiak (Centros de Coordinación de Emergencias) [3 %]: derivaciones en las que intervienen Bomberos o Policía.
- Unidad Móvil de betiON (5 %): acude a domicilio para levantar a personas siempre que no haya una incidencia sanitaria asociada, pues entonces el caso sería coordinado con el Consejo Sanitario, a través de un médico.

Así pues, del total de derivaciones de 2013, el 69 % tuvieron carácter sanitario.

3.3. Intervenciones domiciliarias

Además del contacto telefónico, el Servicio Público de Teleasistencia realiza intervenciones presenciales en el domicilio:

- Visitas de coordinación: las coordinadoras de integración son las profesionales que realizan estas visitas, que en 2013 ascendieron a 6.592. Acuden al domicilio de las personas usuarias una vez que el terminal de teleasistencia ha sido instalado por el servicio técnico. En dicha visita, recogen la información relacionada con las condiciones sociales de la persona, que viene a complementar y confirmar los datos aportados en la solicitud. Además, las coordinadoras de integración pueden acudir al domicilio en el supuesto de que el Centro de Atención detecte un posible problema social. En caso de que se considere oportuno, se elabora un informe de incidencia, que es remitido a la Dirección de Servicios Sociales del Gobierno Vasco.
- Visitas por intervención técnica: los técnicos de unidad móvil acuden a los domicilios para realizar toda intervención técnica que no pueda ser

resuelta desde el Centro de Atención. En 2013, se realizaron 22.803 visitas por este motivo.

- Movilización de unidad móvil: se produce cuando hay que atender caídas sin lesión en domicilio. En 2013 se llevaron a cabo 1.901 de estas visitas.
- Cambio de domicilio: el Departamento Técnico se encarga de llevar a cabo los cambios de domicilio solicitados por las personas usuarias y aprobados por la Dirección de Servicios Sociales. Un cambio de domicilio debe suponer una permanencia en el nuevo domicilio de al menos 6 meses. En 2013, se realizaron 297 cambios de domicilio: 40 en Araba/Álava, 171 en Bizkaia y 86 en Gipuzkoa.

4. Calidad

La calidad del servicio tienen dos fuentes de control: el cumplimiento de los niveles de servicio establecidos como adecuados para una correcta prestación, y la encuesta de satisfacción de las personas usuarias:

- El nivel de servicio marcado para el Centro de Atención es atender el 80 % de las llamadas en menos de 20 segundos y se garantiza que el 100 % de las llamadas son atendidas. En 2013, el 97,21 % de las llamadas entrantes fueron atendidas en 6 segundos y el tiempo medio de ocupación por llamada fue de 94 segundos.
- El nivel de satisfacción de las personas usuarias es muy alto, tal como reflejan los datos de la encuesta de satisfacción de 2013.

4.1. Satisfacción de las personas usuarias

De manera sistemática, todos los años se realiza una encuesta de satisfacción, utilizando para ello una empresa especializada, externa al Servicio de Teleasistencia. El objeto de la encuesta es recabar la opinión de las personas usuarias sobre los distintos aspectos que incluye este servicio. Las preguntas de la encuesta están relacionadas con las siguientes áreas: a) proceso de alta en el servicio (una vez resuelta la solicitud por parte de la Dirección de Servicios Sociales); b), tecnología; c) intervenciones técnicas en el domicilio (instalación y mantenimiento); d) servicio de atención telefónica; e) servicio de cita previa; f) servicio de consejo sanitario; y g) satisfacción global.

La encuesta de 2013 se realizó sobre una población de 28.128 personas usuarias (la que había en el momento de llevarse a cabo, durante el mes de abril). El tamaño de la muestra, que está distribuida proporcionalmente por territorios, fue de 382 personas, con un margen de error del 5 % y un nivel de confianza del 95 %. A todas las personas encuestadas se les ofreció la opción de contestar en euskera o en castellano, y un 10,7 % optaron por realizarla en euskera. Los resultados obtenidos, en una valoración de 1 a 5 para cada uno de los aspectos, se muestran en el Gráfico 4. Como puede verse, el índice de satisfacción general fue de 4,5 puntos sobre 5.

^{1,2} Ambos se describen con mayor detalle en el apartado 7, 'Coordinación sociosanitaria'.

Gráfico 4. Índice de satisfacción media de las personas usuarias, por áreas (2013)

Fuente: Encuesta de satisfacción del servicio (2013).

Esos resultados han permitido identificar las siguientes áreas de especial interés, por su influencia en la satisfacción de las personas usuarias:

- Amabilidad y cordialidad en el trato de técnicos de instalación y mantenimiento.
- Funcionamiento general de la tecnología.
- Llamadas periódicas que se hacen desde el Centro de Atención para el seguimiento de las personas usuarias.
- Atención telefónica.

5. Comunicación

En un servicio público orientado a la ciudadanía, la comunicación es un elemento importante. La actividad de comunicación durante 2013 se resume en los siguientes subapartados.

5.1. Encuentros de teleasistencia

Los encuentros de teleasistencia son eventos dirigidos a las personas usuarias, que son recogidas por autobuses en sus municipios y acompañadas al Centro de Atención por parte de una coordinadora de integración. Se realizan semestralmente y en cada uno de ellos participan alrededor de una treintena de personas de distintos municipios de los tres territorios históricos. El encuentro incluye una charla sobre consejos prácticos para el buen uso de la teleasistencia, y otra sobre cómo prevenir las caídas en el domicilio. La satisfacción de las personas asistentes es muy alta, pero sobre todo estos encuentros tienen un efecto directo sobre los profesionales del Centro de Atención, que humanizan el trabajo que hacen. Terminado el evento, se acompaña a las personas participantes nuevamente a sus municipios de residencia, siendo innumerables las manifestaciones de alegría y las anécdotas recogidas.

5.2. Visitas de centros educativos

En 2013, cinco grupos de estudiantes, acompañados de profesorado, se acercaron a conocer las insta-

laciones del Centro de Atención en Bilbao. Se da la circunstancia de que en el curso 2013-2014, como novedad, se ha incorporado al Ciclo Formativo de Integración Social un módulo de teleasistencia de 126 horas.

5.3. Redes sociales

El Servicio Público de Teleasistencia está presente en Facebook y Twitter. Las publicaciones más seguidas en 2013 fueron las correspondientes a las fotos de las personas centenarias a las que el Servicio visita en su aniversario.

5.4. Prensa

Los medios de comunicación realizan reportajes sobre el Servicio Público de Teleasistencia, atendiendo al interés ciudadano que suscita. En 2013, destaca la cobertura de la visita del lehendakari y los consejeros de Empleo y Políticas Sociales y de Salud, que tuvo lugar el 13 de noviembre.

5.5. Eventos especializados

El Servicio Público de Teleasistencia de Euskadi es un referente nacional e internacional en el cuidado a domicilio integral y centrado en la persona, y es también un caso de éxito en la coordinación sociosanitaria. Por este motivo, representantes del servicio han acudido a los siguientes eventos especializados: A Celebration of Telemonitoring NI (Belfast); International Congress on Telehealth and Telecare (Londres); Salón del Ocio, Servicios y Actividades para los Mayores 'Nagusi' (Barakaldo); IV Congreso Internacional Edad y Vida (Barcelona); y Jornada Sociosanitaria del Hospital Universitario de Cruces.

6. Implantación y cobertura

Para analizar la implantación y cobertura del Servicio de Teleasistencia, se ha utilizado como base el número total de usuarios/as que recibieron esa pres-

Tabla 5. Cobertura en personas mayores de 65 años (31-12-2013)

	Municipios	Población total*	Población > 65 años		Personas usuarias	Personas usuarias > 65 años
	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Araba/Álava	51	321.254	57.793	17,99	4.172	7,22
Bizkaia	112	1.153.351	234.587	20,34	18.107	7,72
Gipuzkoa	88	705.210	138.919	19,70	8.912	6,42
Total	251	2.179.815	431.299	19,79	31.191	7,23

* Datos del Eustat correspondientes al 1-1-2011.

Fuente: Departamento de Empleo y Políticas Sociales (2014).

Gráfico 5. Cobertura de la teleasistencia e índice de envejecimiento, según la población del municipio (dic. 2013, %)

Fuente: Departamento de Empleo y Políticas Sociales (2014).

tación durante al menos un día en diciembre 2013, es decir, 31.191 personas. Los datos sobre la población general se han extraído del Eustat y corresponden al 1 de enero de 2011. Con estos datos de referencia, la cobertura del Servicio Público de Teleasistencia en la Comunidad Autónoma de Euskadi en diciembre de 2013 era del 7,23 % para personas mayores de 65 años. El detalle por territorio histórico se puede ver en la Tabla 5.

En Euskadi, el índice de envejecimiento de la población³ es del 19,79 %. Los municipios más envejecidos son aquellos en los que el número de habitantes es inferior a 1.000, que presentan un índice del 20,37 %. Los que tienen entre 30.000 y 50.000 tienen un índice del 21,08 % y los de más de 50.000 habitantes, un índice del 20,56 %.

Los municipios de menos de 1.000 habitantes, que tienen un alto índice de envejecimiento, presentan la menor cobertura de teleasistencia. También se han identificado catorce municipios en los que no hay ninguna persona usuaria de teleasistencia:

- Araba/Álava: Armiñón y Kripan.
- Bizkaia: Arakaldo, Arantzazu, Ereño, Mendexa y Nabarniz.
- Gipuzkoa: Alkiza, Altzaga, Baliarrain, Beizama, Gaintza, Larraul y Orendain.

7. Coordinación sociosanitaria

El Gobierno Vasco aboga, con una inequívoca voluntad política, por el desarrollo del espacio sociosanitario, lo que se manifiesta en tres aspectos: el Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria, el Plan de Salud de Euskadi 2013-2020 y el futuro Plan de Envejecimiento Activo.

Por otro lado, en 2013 se consolidó la colaboración sociosanitaria con Osakidetza en el Consejo Sanitario y la gestión de Cita Previa, se continuó con el proyecto piloto Etxean Ondo del Gobierno Vasco –financiado por el Departamento de Empleo y Políticas Sociales, y cuyo objeto es promocionar la vida independiente de las personas en su domicilio– y se avanzó con dos iniciativas conjuntas de telemonitorización de la salud: TELBIL+T y United4Health.

³ Proporción de personas mayores de 65 años sobre el total de la población.

7.1. Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria

En el plano autonómico, la coordinación y la cooperación entre el Sistema Vasco de Servicios Sociales y el Sistema de Salud recae en el Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria, cuya finalidad es la orientación y el seguimiento de las decisiones políticas, normativas, económicas, organizativas y asistenciales en materia de coordinación sociosanitaria. El Decreto 69/2011, de 5 de abril, regula las funciones, la composición y las pautas básicas de funcionamiento de este órgano.

7.2. Plan de Salud de Euskadi 2013-2020

El Plan de Salud de Euskadi 2013-2020 establece como área prioritaria el envejecimiento saludable. Este área aborda objetivos y acciones para el envejecimiento activo, la coordinación del espacio sociosanitario, la adecuada asistencia sanitaria a las personas mayores, la promoción de la autonomía y el respeto de las voluntades personales, las nuevas tecnologías al servicio de la calidad de vida y el bienestar, y la promoción del voluntariado y las relaciones personales e intergeneracionales.

A continuación se detallan aquellas acciones del Plan en las que el Departamento de Empleo y Políticas Sociales, a través del Servicio Público de Teleasistencia, identifica la necesidad de colaborar con el Departamento de Salud:

- Envejecimiento activo:
 - Impulsar la capacitación de personas cuidadoras, familiares y pacientes en hábitos de vida saludables, su información sobre las enfermedades y accidentes más frecuentes en personas mayores, y sobre cómo actuar ante la discapacidad.
- Asistencia sociosanitaria:
 - Desarrollar e implantar la historia clínica sociosanitaria.
 - Establecer y aplicar mecanismos y procedimientos de coordinación entre los ámbitos sanitario y social, con la participación del tercer sector, tanto para residencias como otros dispositivos sociosanitarios, mediante pautas y protocolos, con criterios de igualdad y efectividad, y evitando el riesgo de exclusión.
 - Promover equipos de atención sociosanitaria integrada.
 - Desarrollar la cartera de servicios sociosanitaria.
- Capacidad funcional y autonomía:
 - Desarrollar un plan de atención a la persona mayor desde un enfoque holístico e integrador de los problemas de salud, incorporando la coordinación sociosanitaria en el ámbito local y potenciando la rehabilitación en el entorno comunitario.

- Identificar las patologías que generan deterioro funcional, discapacidad, dependencia, malnutrición y aislamiento en las personas mayores. Elaborar programas específicos de prevención, atención y rehabilitación de aquéllas, con especial atención a las diferencias de género.

• Atención domiciliaria:

- Desarrollar e implantar la coordinación entre profesionales de servicios sociales y de salud para conseguir una atención personalizada, integral y continuada de las personas mayores o con discapacidad, favoreciendo la toma de decisiones conjunta en los ámbitos social y sanitario.
- Integrar los servicios de proximidad (comidas, lavandería, podología, transporte, biblioteca móvil) con la oferta de cuidados en salud (medicina, enfermería, farmacia, fisioterapia, podología).

7.3. Plan de Envejecimiento Activo

El Departamento de Empleo y Políticas Sociales desarrollará en 2014 el Plan de Envejecimiento Activo, en el que, entre otras cuestiones, se tendrá muy presente el concepto *housing*⁴, en cuyo contexto la teleasistencia –la básica, y aún en mayor medida, la avanzada– juega un papel de primer orden.

7.4. Consejo Sanitario

El Consejo Sanitario es un servicio que tiene como objetivo ser un punto de referencia para la ciudadanía a la hora de solicitar una recomendación sobre la forma más adecuada de actuar ante los problemas de salud más habituales. El servicio es atendido por profesionales de enfermería de Osakidetza y funciona las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Se caracteriza por la agilidad y fiabilidad de las respuestas, y por la comodidad de su utilización.

Las personas usuarias del Servicio Público de Teleasistencia tan sólo deben pulsar su medalla si tienen una consulta sobre su salud. Las teleoperadoras derivan la llamada al equipo de enfermería del Consejo Sanitario de Osakidetza, con acceso a la historia clínica, lo que les permite valorar si la consulta se puede resolver por teléfono o es necesaria la movilización de personal médico, de enfermería o una ambulancia para su traslado a un centro sanitario. El procedimiento que se sigue es el siguiente:

⁴ El concepto de *housing* se ha convertido en un nuevo paradigma de modelo de atención a las personas que precisan ayuda. Se centra en la atención en torno a la casa y trabaja en los ámbitos donde se desarrolla la vida cotidiana, priorizando las preferencias y la intimidad de las personas. En aquellos casos en que las personas no pueden seguir viviendo en su domicilio, se intenta que puedan vivir 'como en casa' en pequeños grupos de convivencia, en los que se dispensa el mismo modelo de atención individualizada y centrado en la persona.

- La primera acción es una secuencia de preguntas comunes a todos los síntomas, cuyo objetivo es detectar si puede tratarse de una emergencia sanitaria. En caso afirmativo, se pone en marcha la cadena asistencial, alertando al Centro Coordinador de Emergencias. En caso de no detectar ningún síntoma de alarma, se continúa el cuestionario.
- Las siguientes preguntas van dirigidas a detectar la necesidad de una asistencia no demorable, en cuyo caso se indica la necesidad de atención en el día. Se derivará a uno u otro centro en función de las pruebas complementarias que pueda precisar y la disponibilidad de recursos en ese momento. En caso de remitirse a Atención Primaria con premura, se contactará con el o la profesional del centro sanitario, para informarle.
- A continuación, se realizan preguntas destinadas a determinar si necesita una valoración clínica en su centro de salud en los días siguientes. Si es así, se le cita y se le indica el plan de autocuidados que debe realizar hasta el día de la cita, así como los síntomas/signos que debe vigilar y qué hacer si aparece alguno de ellos. Si no precisa cita, se le indica el plan de autocuidados que debe realizar para resolver su problema en el propio domicilio, utilizando sobre todo el botiquín disponible en casa. Igualmente, se le adiestra sobre los síntomas que debe vigilar y cómo debe actuar.

La colaboración con el Consejo Sanitario incluye la promoción de hábitos de vida saludables y el autocuidado desde la responsabilidad y la autonomía personal.

En la Tabla 6 pueden verse las consultas de salud derivadas al Consejo Sanitario de Osakidetza durante 2013. En total se realizaron 16.676 consultas. La media mensual fue de 1.390, con un máximo de 1.842 en diciembre. Según datos facilitados por Osakidetza, el 33 % fueron resueltas telefónicamente por el equipo de enfermería.

7.5. Cita previa

El servicio de Cita Previa permite a la persona usuaria de la teleasistencia, mediante la pulsación de la medalla, la gestión de una cita con los profesionales de su centro de salud, ya sea una cita telefónica/presencial con personal médico o de enfermería, o una cita telefónica para solicitud de recetas. Esta última opción ha desaparecido durante 2013 con el despliegue que Osakidetza ha realizado de la receta electrónica, lo que permite a la ciudadanía acudir directamente a la farmacia sin necesidad de tener que pasar por el centro de salud a recoger la receta en papel.

Durante ese año, las solicitudes de Cita Previa se concentraron en los días laborables, de lunes a miércoles, fundamentalmente. Desde el Centro de Atención, y a través de las llamadas de seguimiento, se educa en el uso del servicio para concienciar de que el servicio de Cita Previa está disponible todos los días de la semana, incluso en fines de semana.

En total se formularon 8.385 solicitudes de cita previa. Tal como se muestra en la Tabla 7, el mes que registró más solicitudes fue octubre, con 1.046. La media mensual de citas para el conjunto de la CAPV fue de casi 700.

Tabla 6. Consultas de salud derivadas al Consejo Sanitario de Osakidetza, por territorio histórico (2013)

Territorios históricos	Mes												Media
	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	
Araba/Álava	189	149	194	186	178	220	206	180	183	210	220	239	196,17
Bizkaia	737	623	786	750	839	800	833	800	817	908	934	1.145	831,00
Gipuzkoa	334	291	353	357	338	348	400	313	350	409	399	458	362,50
Total	1.260	1.063	1.333	1.293	1.355	1.368	1.439	1.293	1.350	1.527	1.553	1.842	1.389,67

Fuente: Departamento de Empleo y Políticas Sociales (2014).

Tabla 7. Solicitudes de citas con Atención Primaria de Osakidetza, por territorios históricos (2013)

Territorios históricos	Mes												Media
	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	
Araba/Álava	114	85	73	135	134	111	120	93	127	187	144	179	125,17
Bizkaia	386	289	287	514	533	444	363	306	492	682	535	576	450,58
Gipuzkoa	105	101	82	134	129	121	106	90	120	177	160	151	123,00
Total	605	475	442	783	796	676	589	489	739	1.046	839	906	698,75

Fuente: Departamento de Empleo y Políticas Sociales (2014).

7.6. Teleasistencia y telemonitorización de la salud

El Servicio Público de Teleasistencia participa, junto con Osakidetza, en la prestación integral de cuidados no presenciales a domicilio, aunando el potencial de la teleasistencia con instrumentos de telemonitorización de la salud en aquellas personas usuarias que presentan patologías crónicas y precisan de un seguimiento de ciertas constantes de salud.

Según las conclusiones de un estudio publicado en la revista *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* sobre la prevalencia de cronicidad y multimorbilidad en la población asistida por el Servicio Público de Teleasistencia de Euskadi (Orueta *et al.*, 2013), las personas usuarias de teleasistencia presentan mayor carga de morbilidad, mayor necesidad de atención y condiciones sociales más desfavorables que el resto de la población. Coordinar servicios sociales y sanitarios mediante la conexión de sistemas de información y la teleasistencia como plataforma de servicios ofrece oportunidades relevantes de innovación a la hora de intervenir con ese grupo de pacientes.

7.6.1. TELBIL+T

El proyecto TELBIL+T es una colaboración entre la Comarca Bilbao de Atención Primaria de Osakidetza y el Departamento de Empleo y Políticas Sociales, a través del Servicio Público de Teleasistencia.

El punto de partida fue el estudio TELBIL, un ensayo clínico aleatorizado con telemonitorización manejada por los profesionales del centro de salud, llevado a cabo en pacientes domiciliarios con insuficiencia cardíaca y/o broncopatía crónica con dos o más ingresos hospitalarios en el último año, y uno o más de ellos debido a las patologías consideradas.

Los buenos resultados obtenidos en las variables clínicas, en la calidad de vida relacionada con la salud, en la sobrecarga del cuidador, en la satisfacción, la experiencia adquirida, la delimitación de áreas de mejora y la necesidad de seguir examinando el objeto de estudio, justifican la pertinencia del proyecto TELBIL-A –que es una estrategia de implementación de una versión mejorada de la intervención del precedente estudio TELBIL, con telemonitorización desde la atención primaria de pacientes crónicos pluripatológicos– y de su continuación, el proyecto TELBIL+T.

Este proyecto TELBIL+T implica la colaboración con el Servicio Público de Teleasistencia para reforzar la visión integral de la persona, y configurar un modelo de prestación corporativo y sostenible mediante el uso conjunto de las infraestructuras de la teleasistencia. En 2013, medio centenar de personas fueron telemonitorizadas. Las conclusiones del proyecto y la toma de decisiones correspondientes llegarán en el segundo semestre de 2014.

7.6.2. United4Health

United4Health es el acrónimo de Universal Solutions in Telemedicine Deployment for European Health Care, un proyecto presentado en la Convocatoria Competitiveness and Innovation Framework Programme (CIP) ICT-PSP 2012 de la Unión Europea, que se define como un proyecto de implementación y despliegue. En el consorcio europeo participan 35 socios, procedentes de más de 13 países.

El proyecto pretende explotar y desplegar soluciones innovadoras de telemedicina, previamente validadas en el proyecto europeo Renewing Health, en el tratamiento de pacientes con insuficiencia cardíaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y diabetes. En el caso de Euskadi, la participación en el proyecto se va a centrar en el despliegue de la telemonitorización en pacientes con insuficiencia cardíaca.

Las soluciones proporcionarán al paciente un papel central en la gestión de su enfermedad, para ajustar la elección y dosis de medicamentos, promover el cumplimiento del tratamiento, ayudar a las y los profesionales a detectar signos tempranos de empeoramiento y así contribuir a la sostenibilidad del sistema sanitario. En 2013 el proyecto definió el marco de trabajo, los agentes participantes y el procedimiento de actuación. En el primer trimestre de 2014 se ha planificado el inicio de la intervención, que tendrá una población diana de 300 pacientes.

8. Retos de futuro

La teleasistencia se constituye como un servicio básico y en continua evolución, ya que se trata del servicio social que presenta mayores posibilidades de desarrollo de todos los contenidos en el Catálogo de la Ley de Servicios Sociales. El objetivo general que se marca el Departamento de Empleo y Políticas Sociales para 2014 es proceder a un despliegue creciente del servicio, manteniendo –y, en lo posible, mejorando– el elevado nivel de calidad que posee. Las metas específicas son:

- Alcanzar una cifra de al menos 33.000 personas usuarias al término del año (lo que supondría un incremento de unas 2.600 con respecto al cierre del ejercicio 2013).
- Conseguir una cobertura cercana al 8 % entre las personas mayores de 65 años (en 2013 fue del 7,23 %).
- Mejorar la cobertura del servicio en las zonas rurales. Al respecto se potenciarán los recursos divulgativos, para que los municipios de pequeño tamaño también conozcan el servicio y, a su vez, informen sobre él a las personas residentes en ellos que pudieran precisarlo. En este contexto, se prevé asimismo implantar el servicio en la totalidad de los 251 municipios de la CAPV. A día de hoy, solamente 14 pequeños municipios no disponen de él.

- Seguir dando servicio al 100 % de la demanda.
- Hacer una previsión de despliegue de la teleasistencia avanzada. Actualmente, ésta sólo llega a una parte del colectivo de personas usuarias y se limita casi de forma exclusiva a la instalación de detectores de gas y de humo.

Además de lo que concierne de forma específica al Departamento de Empleo y Políticas Sociales, en los últimos tiempos prevalece una contundente voluntad

política para el desarrollo del espacio sociosanitario, fruto del esfuerzo conjunto entre dicho Departamento y el de Salud. La colaboración interdepartamental permite que la teleasistencia se beneficie y se complemente con servicios de salud, como el Consejo Sanitario o la gestión de citas, y que al mismo tiempo la telemonitorización de salud se aproveche de la experiencia de la teleasistencia en aspectos como infraestructuras o prestación de servicio, y complemente la historia sanitaria con los determinantes sociales del paciente.

Referencias bibliográficas

- (2011): “Decreto 144/2011, de 28 de junio, del servicio público de teleasistencia”, *Boletín Oficial del País Vasco*, nº 124, 30-6-2011 [http://www.lehendakaritza.ejgv.euskadi.net/r48-bopv2/es/bopv2/datos/2011/06/s11_0124.pdf].
- (2011): “Decreto 69/2011, de 5 de abril, del Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria”, *Boletín Oficial del País Vasco*, nº 70, 11-4-2011 [<http://www.euskadi.net/bopv2/datos/2011/04/1102047a.pdf>].
- (2008): “Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales”, *Boletín Oficial del País Vasco*, nº 246, 24-12-2008, págs. 31.840-31.924 [<http://www.euskadi.net/bopv2/datos/2008/12/0807143a.pdf>].
- DEPARTAMENTO DE EMPLEO Y POLÍTICAS SOCIALES (2014): *betiON. Euskadiko Telelaguntza Zerbitzu Publikoa / Servicio Público de Teleasistencia de Euskadi. Memoria anual 2013*, Vitoria-Gasteiz, Eusko Jaurilaritza-Gobierno Vasco.
- DEPARTAMENTO DE SALUD (2013): *Osasuna, pertsonen eskubidea, guztion ardura. Políticas de salud para Euskadi. Plan de Salud 2013-2020 / Osasuna, pertsonen eskubidea, guztion ardura. Euskadirako osasun politikak. Osasun Plana 2013-2020*, Vitoria-Gasteiz, Eusko Jaurilaritza-Gobierno Vasco [http://www.osasun.ejgv.euskadi.net/r52-publo1/es/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/es_pub/adjuntos/plan_salud_2013_2020.pdf].
- ORUETA, J. *et al.* (2014): “Prevalencia de cronicidad y multimorbilidad en la población cubierta por el servicio público de teleasistencia de Euskadi: impacto en costes y calidad de la atención”, *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, vol. 36, nº 3, págs. 429-440 [<http://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/21478>].

Cuantificación del valor social: propuesta metodológica y aplicación al caso de Lantegi Batuak

José Luis Retolaza

Aurkilar-Action Research Centre for Social Performance
Grupo de Investigación ECRI-Ethics in Finance and Governance. Stakeholders Responsibility, Universidad del País Vasco (UPV/EHU)
<joseluis.retolaza@ehu.es>

Maite Ruiz-Roqueñi

Grupo de Investigación ECRI-Ethics in Finance and Governance. Stakeholders Responsibility, Universidad del País Vasco (UPV/EHU)
Aurkilar-Action Research Centre for Social Performance

Leire San-Jose

Grupo de Investigación ECRI-Ethics in Finance and Governance. Stakeholders Responsibility, Universidad del País Vasco (UPV/EHU)
Instituto de Economía Aplicada a la Empresa, Universidad del País Vasco (UPV/EHU)

Jon Barrutia

Instituto de Economía Aplicada a la Empresa, Universidad del País Vasco (UPV/EHU)

Artikulu honen xede da oinarritu eta proposatzea kontabilitate-sistema integratu bat, eta horren bidez kontuan hartzea aldi berean balio soziala eta balio ekonomikoa (*blended value*), eta horren bidez neurtzea erakundeek *stakeholder* horiei guztiei sortarazitako balioa. Ikuspegi tradizionala zentratzen da soilik akzionistentzat enpresak sortzen duen balioan, eta horren ondorioz, oinarritzko adierazleak izaten dira finantza-izaerakoak. *Stakeholder* horien teoriaren ikuspegi ontologikotik zabaldu dezakegu balioaren kontzeptu hori, eta kontuan hartzen da *stakeholder* horiei guztiei –ez akzionistei soilik– banatutako balioa, eta barneratzen ditu erakundearen *stakeholder* horietako bakoitzari zuzenean ekonomikoa ez diren erakundeak sortarazi dituen eraginak. Aipatutako balio zabaldu hori, hau da, balio soziala, egituratzen da ondorengo dimentsio osagarrietan: gizarte-eragina duen balio ekonomikoa, Administrazioen itzulkin sozio-ekonomikoa eta berariazko balio soziala.

GAKO-HITZAK:

Gizarte-balioa, monetarizazioa, kostu-onura, SROI, gizarte-jarduera, *stakeholderen* teoria ontologikoa.

El objeto de este artículo es fundamentar y proponer un sistema integrado de contabilidad que permita considerar conjuntamente el valor social y el valor económico (*blended value*) generado por las organizaciones al conjunto de sus *stakeholders*. La perspectiva tradicional se centra únicamente en el valor generado por la empresa para los accionistas, por lo que los indicadores fundamentales de valor son de carácter financiero. Desde la perspectiva ontológica de la teoría de los *stakeholders*, podemos considerar un concepto ampliado de valor, que incluye el valor distribuido a todos los *stakeholders* –y no sólo a los accionistas– e incorpora los efectos no directamente económicos de la organización sobre los diferentes *stakeholders* de la entidad. Dicho valor ampliado, al que denominaríamos valor social, se estructura en tres dimensiones complementarias: valor económico con impacto social, retorno socioeconómico para la Administración y valor social específico.

PALABRAS CLAVE:

Valor social, monetización, coste-beneficio, SROI, desempeño social, teoría ontológica de los *stakeholders*.

1. Antecedentes

Lantegi Batuak es una fundación que tiene como fin promover y alcanzar la integración social y laboral de las personas con discapacidad, mediante la generación de oportunidades laborales de calidad. Su origen se remonta a 1964, cuando surgieron las primeras experiencias de trabajo protegido al amparo de Gorabide, la Asociación Vizcaína a Favor de las Personas con Discapacidad Intelectual. Fue un grupo de padres, madres y amigos de personas con discapacidad intelectual quienes constituyeron esta asociación para despertar la conciencia pública sobre este problema en el aspecto social y familiar, así como para crear centros de asistencia, por entonces inexistentes. En 1983 adoptó el nombre comercial de Lantegi Batuak, con el objetivo de centralizar la gestión y coordinar la red de talleres creados en Bizkaia desde finales de los sesenta. Posteriormente se abrieron las puertas de Lantegi Batuak a las personas con discapacidad física o sensorial, y en 2001 se incorporó el colectivo de personas con enfermedad mental. En enero de 1998 se constituyó como fundación, con personalidad jurídica propia.

En la actualidad es la iniciativa empresarial de mayor dimensión en el ámbito del empleo protegido de Bizkaia, pues genera oportunidades laborales para más de 2.300 personas con discapacidad intelectual, física, sensorial o trastorno mental, a través de actividades industriales y de servicios¹.

Teniendo en cuenta que se trata de una entidad social y sin ánimo de lucro, cuyo principal valor añadido es el trabajo generado para personas con algún tipo de discapacidad, así como las consecuencias positivas que de ello derivan en el ámbito personal, familiar y social, los indicadores de valor al uso, centrados en parámetros financieros de rentabilidad o valor de la empresa, no son capaces de reflejar la generación de valor añadido. Esta situación conlleva la invisibilidad de una parte muy importante del valor generado por la organización, lo que hace difícil su percepción por parte de la sociedad en general y de las instituciones públicas relacionadas en particular.

Paralelamente, el Grupo ECRI-Ethics in Finance & Governance. Stakeholders Responsibility, de la Universidad del País Vasco (UPV/EHU), en el marco del Instituto de Economía Aplicada a la Empresa (IEAE) y de la unidad de formación e investigación (UFI) Dirección Empresarial y Gobernanza Territorial y Social, ha desarrollado una línea de investigación sobre la generación de valor no monetario en las organizaciones, especialmente en las de carácter social y solidario (Retolaza y Ramos, 2005; Retolaza, 2012; Retolaza, San-Jose y Ruiz-Roqueñi, 2014; Retolaza, San-Jose y Araujo, en prensa), y sobre la identificación de indicadores que permitan, por una parte, visibilizar el valor social, y por otra, integrarlos en los mecanismos de gestión de las entidades.

Esta coincidencia entre la necesidad de Lantegi Batuak de poner en valor sus actuaciones y el trabajo desarrollado hasta la fecha por el Grupo de Investigación ECRI confluyen en un proyecto de investigación aplicada que tiene por finalidad desarrollar una metodología que permita objetivar, visualizar y valorizar el valor social generado por la organización, y que sea generalizable a otras organizaciones.

2. Introducción

Desde el inicio de la era industrial, se ha considerado a la empresa como una entidad generadora de valor económico (Groth, Byers y Bogert, 1996), olvidándose de su función social o relegándola a un segundo plano de efectos indeterminados (Fernandes, Rocha y Rodrigues, 2011). Consecuentemente, nos hemos ido dotando de unos sistemas contables cada vez más sofisticados para tratar de identificar y transmitir la imagen fiel de la empresa en su función económica (Gassenheimer, Houston y Davis, 1998). En las últimas décadas se está reivindicando, con cierto éxito, el papel de la empresa como generadora no sólo de valor económico, sino también de valor social (Argandoña, 2011a, 2011b, 2011c; Jensen, 2001, 2008). En un primer momento, esta aproximación fue desde una perspectiva sustractiva, a través de las externalidades negativas; posteriormente, hemos avanzado hacia perspectivas más positivas, como la responsabilidad social empresarial (Carroll, 1991, 1994, 1999; Husted y Allen, 2007) o la empresa ciudadana (Neron y Norman, 2008).

El reconocimiento de la función social de la empresa conlleva la necesidad de determinar el valor social generado por una determinada organización (Vancaly y Esteves, 2011). En un primer momento, esta valoración se realizó fundamentalmente de forma dicotómica, a través de los criterios positivos y negativos de evaluación, que permitían determinar si una empresa se comportaba de forma positiva o negativa en la creación de valor social. Este planteamiento, muy influenciado por la visión de las externalidades, se mantiene de actualidad fundamentalmente a través del concepto de inversiones éticas y de índices vinculados a ellas, como el FTSE4Good o el DowJones Sustainability Index. En un segundo momento, se vio la necesidad de avanzar en la identificación del valor social que creaban las empresas, proponiéndose la elaboración de balances o memorias sociales; la unificación de normas y criterios de elaboración y presentación ha llevado a exitosas propuestas, como la Global Reporting Initiative (<http://www.globalreporting.com>).

Indudablemente, esta segunda perspectiva, basada en indicadores, aporta mucha mayor información sobre el valor social generado por las empresas que la basada en criterios de exclusión/inclusión. Sin embargo, su carácter eminentemente cualitativo tiene tres consecuencias no deseables: en primer lugar, permite una amplia interpretación en cuanto al valor generado en función de los intereses de los gestores de la propia organización; en segundo lugar, no facilita un análisis comparativo del valor social

¹ Para más información, véase <http://www.lantegi.com>.

generado por las empresas, ni su objetivación; y en tercer lugar, dicha información de valor social no se integra con la información de valor económico, considerándose dos subsistemas interrelacionados, pero claramente diferenciados de análisis e información.

3. Problema

Como consecuencia de lo anterior, el análisis del valor económico y el valor social generados por una empresa se encuentran separados (Freeman, Wicks y Parmar, 2004), lo que genera problemas tanto sociales como de gestión interna. Es imprescindible avanzar hacia una integración de ambos partiendo de dos premisas: en primer lugar, objetivar qué se entiende por valor social, o al menos, cuál va a ser la metodología utilizada para identificar el valor social que crea una entidad; y en segundo lugar, utilizar un indicador conjunto de valor para ambas realidades, que no parece posible que sea otro que el que hace uso de unidades monetarias, por lo que resulta necesario traducir los indicadores de valor social a parámetros financieros (Vancaly y Esteves, 2011). Éstos son los problemas que abordamos en el presente artículo.

4. Estado de la cuestión

Aunque el concepto de valor social cuenta con una amplia tradición en las ciencias económicas (Schumpeter, 1909), hasta la fecha su evaluación no se encuentra estandarizada. Los marcos de responsabilidad social corporativa (*CSR frameworks*) son un intento de establecer una serie de normas y estándares que permitan su objetivación (Gawel, 2006); sin embargo, en la actualidad, existen más de trescientos de estos marcos (Mazurkiewicz, 2004). Y aunque existen expectativas de que la Global Reporting Initiative (GRI) pueda representar un avance hacia una estandarización de tipo contable (Tapscott y Ticoll, 2003), lo cierto es que hasta este momento no ha establecido normas relacionadas con la cuantificación de indicadores, y dado su desarrollo como marco de presentación y no de valoración, no es previsible que lo haga, si bien la GRI4 y los *integrated reporting* parecen caminar hacia una cierta homogeneización y estandarización de los indicadores.

En cualquier caso, nuestro interés se centra principalmente en visualizar el valor social de las empresas del tercer sector, aunque la reflexión y la metodología desarrollada podrían, posiblemente, ampliarse a la totalidad de organizaciones con actividad económica. Se encuentra muy extendida la concepción de que las empresas mercantiles crean valor económico, mientras que las empresas sociales crean valor social; esto todavía resulta más acusado en el ámbito anglosajón, donde el tercer sector se caracteriza por su carácter no lucrativo (*non profit*) [Chaves y Monzón, 2001], mientras que en Europa se cuenta con una amplia tradición en la economía social, con empresas que generan simultáneamente beneficios sociales y económicos (*double bottom companies*). Este planteamiento clásico de separación entre la generación de valor

económico y valor social no refleja el hecho de que las empresas y organizaciones son realidades que interaccionan con la sociedad y con su medio, generando en todos los casos un impacto económico, social y medioambiental. Esta integralidad del valor generado (*blended value*) [Emerson y Bonini, 2003; Porter y Kramer, 2006, 2011] constituye la piedra angular de la responsabilidad ética de las organizaciones (Retolaza, Ruiz-Roqueñi y San-Jose, 2009). Las empresas del tercer sector están creando un valor significativo para la sociedad que, sin embargo, no se encuentra documentado y, por tanto, se infravalora. Si bien es cierto que desde hace tiempo la economía social intenta responder a este problema visualizando su impacto económico a través de las contabilidades nacionales (Monzón, 2008), no ha sido capaz de introducir en éstas el valor social generado, más allá del empleo.

El problema fundamental para analizar el valor social estriba en que los métodos convencionales sólo reflejan el valor financiero generado para los accionistas, mientras que el valor –tanto económico como social– generado para otros *stakeholders* no se refleja en estos indicadores (Olsen y Nicholls, 2005), por lo que se hace necesario un proceso de estandarización (Nicholls, 2009) que pueda objetivarlo. La forma de medir el valor económico generado por una empresa se recoge en los principios contables, pero no existe ningún instrumento análogo que nos permita reflejar el valor social o medioambiental de un determinado proyecto u organización. Como aportación a la resolución –al menos parcial– de este problema, nos parece interesante introducir el concepto de valor socioeconómico (Emerson y Twersky, 1996; Emerson, Wachowitz y Chun, 2000), entendido como un ahorro de los costes o un retorno de los ingresos de la Administración. Si bien es cierto que sólo valora parcialmente el valor social generado, permite su visualización económica, complementaria del valor financiero producido. Sin embargo, la descripción completa de la actividad de una empresa exige dar cuentas no sólo del valor creado para los accionistas (beneficio) y para la Administración (retorno socioeconómico), sino también del que se genera al resto de los *stakeholders*, para lo que resulta necesario medir las contribuciones económicas, sociales y medioambientales de la empresa u organización.

Fuente: Elaboración propia.

Tal y como se aprecia en la Figura 1, la tesis de la separación entre el valor económico y el social debería ser sustituida por un planteamiento de *double bottom*, o quizás triple, si añadimos el medioambiental, exigible al conjunto de las empresas y organizaciones que operan en el mercado.

5. Marco metodológico

A la hora de intentar objetivar el valor social generado por una entidad, se puede considerar que existen tres perspectivas alternativas. La primera, que podemos denominar neoclásica, se basa en la centralidad del valor financiero en relación a cualquier otro valor que pudieran generar las organizaciones. Desde esta perspectiva, la función social de la empresa se reduce a la generación de valor financiero y su distribución según las teorías de derechos de propiedad y contractual (Friedman, 1970), hasta el punto de que el uso de recursos financieros por parte de las empresas para realizar acciones de carácter social es considerado como una desviación que reduce su auténtico impacto social (ibídem). Desde esta perspectiva, no cabría una cuantificación del valor social generado diferente a la cuenta de explotación o al balance de resultados.

La segunda perspectiva, que se articularía en torno al concepto de bien común, cuenta con una amplia trayectoria en la economía moderna, desde Samuelson (1954) a investigadores actuales, como Dembinski (2008), Spencer y Schmidpeter (2003), Etzioni (1999), Ostrom (1998), Melé (2002) o Felber (2012). En general, el paradigma de la economía social se enmarca en esta segunda perspectiva. El problema fundamental del bien común radica en que su identificación no es nada común: un amplio número de personas podemos estar de acuerdo en la priorización del bien común, pero a la hora de definirlo, será bastante más difícil que nos pongamos de acuerdo. Culturas, religiones y momentos históricos diferentes han identificado características diversas, e incluso antagónicas, del bien común. Por citar un ejemplo histórico, difícilmente encontraríamos en la actualidad ningún defensor de los principios del bien común propuesto por Spencer (1896), que sin embargo gozaron de una aceptación entusiasta en su momento.

Admirando sinceramente el esfuerzo que desde la ética empresarial se está haciendo para intentar identificar ese bien común y las virtudes asociadas a él (Alzola, 2008; Sison y Fontrodona, 2012) y valorando la importancia que tiene este trabajo en la formación de las ideas, lo cierto es que somos bastante escépticos respecto a los resultados que esta perspectiva puede aportar en relación al desarrollo de una estandarización práctica que permita una valoración conjunta del supuesto bien común.

La tercera perspectiva, a nuestro entender potencialmente más fructífera, se enmarca en el planteamiento no instrumental de la teoría de los

stakeholders. Si bien es cierto que esta teoría, en su perspectiva normativa u ontológica, podría identificarse con el bien común (Argandoña, 1998), presenta dos características específicas, una positiva y otra negativa, que la distancian de la perspectiva del bien común. De una parte, permite concretar los intereses del supuesto bien común en un conjunto limitado y accesible de grupos de interés, cuyos verdaderos intereses se pueden identificar y sistematizar con las técnicas adecuadas (Ruiz-Roqueñi y Retolaza, 2011, 2012). Ello facilita concretar, tanto cualitativa como cuantitativamente, el bien común real de las personas participantes. No obstante, en su aspecto negativo, este bien común queda limitado al ámbito de la organización y puede darse el caso de que un amplio número de personas (*non stakeholders*) se encuentren excluidas de ese bien común (Melé, 2002), a pesar de resultar afectadas por las organizaciones: sería el caso de la exclusión financiera, la exclusión alimentaria o la carencia de acceso a medicamentos. Asimismo, una incidencia excesiva en la centralidad de la organización como agente social, como podría ser el caso de la empresa ciudadana (Neron y Norman, 2008), podría llevar a la enajenación de la responsabilidad del Estado en aras de los grupos de presión. Soslayando la legítima preocupación sobre estos problemas, y no suponiendo en ningún caso que la empresa deba sustituir al Estado en la preocupación por el bienestar social, nos parece que, desde la ética de la empresa, la perspectiva de *stakeholders* puede resultar más enriquecedora en su aplicación a la gestión que la del bien común, ya que permite contrastar los resultados reales con los intereses de las personas beneficiarias o afectadas de ellos.

Por otra parte, este acercamiento desde la teoría de *stakeholders* a la ética en empresa contiene un elemento fuertemente diferencial en relación a otras aproximaciones: su carácter particular. Cada empresa, el conjunto de *stakeholders* que la componen y sus intereses son únicos. Es verdad que las empresas y sus *stakeholders* se encuentran profundamente relacionados y forman lo que podríamos denominar ecosistemas de intereses (Ostrom, 1990), en los cuales el conjunto de intereses es limitado². No obstante, en el plano analítico, cada empresa se puede considerar como una unidad diferenciada, susceptible de tener que responder a un conjunto peculiar y específico de intereses, los cuales pueden, además, variar a lo largo del tiempo.

Este planteamiento centrado en la empresa, desde la perspectiva de los grupos de interés como unidad de análisis, demanda un acercamiento individualizado a una realidad cambiante que se define de forma intersubjetiva por el conjunto de *stakeholders*. En este sentido, para la objetivación del valor social en la organización, el paradigma fenomenológico parece más adecuado que el positivista. En esta línea,

² En una investigación en curso (Ruiz y Retolaza), todavía sin publicar, se ha identificado que, en las organizaciones del País Vasco, los intereses estratégicos del conjunto de *stakeholders* se pueden sintetizar en veintitrés.

consideramos que el valor social es un constructo elaborado de forma subjetiva por los *stakeholders* destinatarios de dicho valor. Consecuentemente con la perspectiva fenomenológica, intentamos analizar la totalidad del fenómeno para cada situación (valor social generado por cada organización) a partir de muestras pequeñas tomadas de los diferentes grupos de interés y analizadas en profundidad (Easterby-Smith, Thorpe y Lowe, 1991).

Desde la perspectiva ontológica de la teoría de los *stakeholders* (Freeman, 1984; Freeman *et al.*, 2010; Retolaza y San-Jose, 2011), cada empresa es una realidad diferenciada en la que el conjunto de participantes crea un ecosistema específico de generación y distribución de valor (económico, social y emocional). No obstante, la percepción de este fenómeno resulta incompleta para los diferentes participantes o grupos de interés, ya que cada uno visualiza el sistema completo desde su perspectiva de intereses.

Para conseguir una perspectiva global del sistema, será necesario integrar las perspectivas del conjunto de *stakeholders* o, en su defecto, presentarlo como un conjunto borroso (Zadeh, 1965) compuesto por diferentes objetivaciones del valor generado. Así pues, el análisis del valor de las organizaciones requerirá una aproximación analítico-sintética, con una primera aproximación fenomenológica desde las diversas perspectivas de los *stakeholders* (fase analítica), para, en un segundo momento, integrar esas diferentes perspectivas en un único modelo de carácter complejo (fase sintética).

6. Propuesta metodológica

En general, son escasas las entidades sociales que realizan una valoración sistemática del valor social generado, y entre las que lo hacen, las metodologías

Cuadro 1. Principales metodologías utilizadas para determinar el valor social generado por una organización			
Objetivo	Perspectiva	Orientación	Metodología*
Análisis del impacto	Cuantitativa	—	Movement Above the U.S. \$1 a Day Threshold
			Progress out of Poverty Index® (PPI®)
			Dalbert Approach
			Social Value Metrics
			SROI Calculator
			Matriz del bien común
Evaluación de externalidades	Cualitativa	Preferencias	Opinión
			Conducta
		Satisfacción	Life Satisfaction Assessment
	Medioambiental	—	Huella ecológica
			Trust Cost PLC
			Environmental Performance Reporting System
Evaluación económica	Creación de empleo	—	Real Indicators of Success in Employment (RISE)
			Análisis del retorno social de la inversión (SROI)
			Beneficio neto
			Ratio de retorno interno (IRR)
			Ratio coste/beneficio
			SROI Framework
	Incremento de <i>outputs</i>	Retorno social de la inversión (SROI)	SROI Life
			SROI Toolkit
			Evaluación del impacto social (SIA)
			Análisis de efectividad de costes (CEA)
			Coste por impacto
			Acumen Fund Best Available Charitable Option (BACO)
Mejora de la gestión	—	Cartera	Retorno esperado
			Portfolio Data Management System (PDMS)
			Cuadro de mando integral
			Charity Analysis Tool (CHAT)
Sistema de <i>ratings</i>	—	Dual	HIP Scorecard and Framework
			B Rating System
			Sello de Comercio Justo (Fairtrade)
		Progresiva	Certificación LEED
			Calificación social
			Retorno político de la inversión (PROI)
			Development Tracking System (DOTS)

* Para facilitar la identificación de las metodologías, se ha optado por designarlas con su nombre original en inglés cuando no existe una traducción suficientemente consolidada en castellano. Las siglas y acrónimos utilizados corresponden en todos los casos al nombre original en inglés.

Fuente: Elaboración propia.

utilizadas son muy diversas. Existen varias revisiones (Tuan, 2008; Olsen y Galimidi, 2008) que sintetizan las principales metodologías de análisis de valor social que se han utilizado en todo el mundo. En el Cuadro 1, hemos recopilado las diferentes metodologías utilizadas, agrupándolas de forma progresiva en relación a tres variables: objetivos perseguidos, perspectiva de abordaje y orientación.

En relación con el objetivo que nos ocupa, nos hemos centrado en aquellas metodologías que tienen por finalidad la evaluación económica (lo que no desmerece en nada al resto de metodologías, que, sin duda, son muy útiles para otro tipo de objetivos). Como se puede apreciar, la mayoría de las metodologías se basan en el análisis coste-beneficio o coste eficiencia, según se consideren los *outputs* monetizables o no monetizables. Posteriormente, las metodologías se subdividen en función de si el operador utilizado es una división o una resta. En el primero caso, nos encontramos con la metodología del retorno social de la inversión (SROI), consistente en dividir el valor actual neto (VAN) –u otra medida similar– entre la inversión requerida; en el segundo, con los análisis de diferencial de valor entre el coste y el beneficio obtenido, normalmente denominados análisis coste-beneficio, donde al beneficio obtenido se le resta el coste ocasionado.

Las metodologías SROI se ajustan a periodos largos de tiempo en el retorno (inversiones), mientras que la metodología de coste-beneficio se ajusta al análisis del gasto corriente. Así pues, aunque la metodología basada en el SROI nos parece consistente para analizar la pertinencia de una inversión –en paralelo a la utilidad del retorno de la inversión–, no nos parece adecuada para analizar el valor generado por

un proyecto en activo que no requiere de inversiones adicionales. Los intentos de aplicar una metodología basada en el SROI al análisis de la generación de valor (Narrillos, 2010) generan un indicador de dudoso valor y escasa utilidad (Javits, 2008). En la mayoría de los proyectos ya en funcionamiento, el análisis de la rentabilidad de la inversión, sea social o económica, carece de sentido, por cuanto el interés no se centra en una toma de decisión sobre una posible inversión: lo que en realidad nos estamos planteando es la cuantificación del valor neto social que la organización genera en un determinado periodo de tiempo, y ello puede servir de base a decisiones relacionadas con subvenciones o financiación complementaria a la explotación, que difícilmente podrá ser conceptualizada como inversión. Consecuentemente, para este tipo de análisis parecen más adecuadas las metodologías basadas en un análisis coste-beneficio (Mill, 2006), como las que mayoritariamente propone Tuan (2008), entendiendo que el valor social o socioeconómico se obtiene fundamentalmente –al igual que el valor financiero en una empresa– de la diferencia entre los *inputs* y *outputs* generados en un determinado periodo de tiempo, generalmente un año, y que la mejor forma de reflejarlo pueden ser sistemas de información dinámicos (*social MIS*) que recojan dichos datos (Emerson, 2001).

En esta línea, la cadena de creación de impacto, recogida en Olsen y Galimidi (2008) [Figura 2], nos parece un marco de referencia adecuado para acercarse al análisis de la cadena de generación de valor social, pues facilita la objetivación de los *inputs* y *outputs* que se han de considerar, uno de los mayores problemas, junto con la cuantificación monetaria, en el análisis coste-beneficio relacionado con el valor social.

Fuente: Elaboración propia a partir de Olsen y Galimidi (2008).

Los principales elementos que recoge esta cadena de creación de impacto son:

- **Inputs** o insumos: recursos necesarios para desarrollar la actividad. Pueden ser directamente monetarios, pero en el caso de las entidades sociales, también en especie, generados por su capital social, en cuyo caso será necesario monetizarlos para poder realizar un análisis cuantitativo.
- Actividades que lleva a cabo la organización para cumplir sus objetivos, equivalentes al proceso de transformación en una empresa ordinaria.
- **Outputs** o resultados: productos de la actividad que tienen que ver con sus objetivos; necesariamente tienen que ser medibles y monetarizables, bien directamente o a través de aproximadores (*proxys*).
- **Outcomes**: cambios producidos en los sistemas sociales, atribuibles o no a la organización objeto de estudio.
- **Impacts**: *outcomes* atribuidos a la actuación de la organización objeto de análisis.
- **Goal alignment** (alineación de objetivos): consiste en reajustar los objetivos de la organización para obtener el impacto deseado.

Como podemos ver, nos encontramos ante un proceso cíclico de actuación, análisis y reajuste, donde la ejecución (práctica) y la evaluación (investigación) se interrelacionan en un proceso de investigación-acción (*action research*) [Lewin, 1958; Reason y Bradbury, 2001]. No obstante, en el ámbito metodológico merecen especial atención tres problemas: el primero, la monetización de los *inputs* y especialmente de los *outputs*; el segundo, referido al cálculo de los impactos; y el tercero y posiblemente el más importante, el reconocimiento como valor social de los impactos generado por la organización.

Como es sabido, una de las limitaciones fundamentales de la metodología de análisis coste/beneficio es la monetización (Rus, 2001), es decir, atribuir un valor económico a los bienes u *outputs* sociales (por ejemplo, una vida humana). Sin embargo creemos que la visualización y la gestión óptima del valor exige ser capaz de atribuir valor monetario a los *outputs* sociales, y en menor medida a los *inputs*, para ser capaces de calcular el valor socioeconómico, un indicador sustitutivo que permite agregar el valor económico positivo y el ahorro generado por el impacto social (Emerson, Wachowitz y Chun, 2000). Con este valor, no estamos haciendo referencia al valor intrínseco del bien social, ni siquiera a su valor de uso; meramente estamos haciendo una referencia aproximada al valor de cambio que se le puede atribuir en una sociedad concreta, en un momento dado, en el que se realiza la valoración. En este sentido, podemos señalar que la aproximación monetaria, como reflejo (incompleto) del valor social, cuenta con algunas importantes ventajas (Scholten *et al.*, 2006): en primer lugar, facilita la integración de

los resultados sociales y económicos, y por lo tanto, su posible alineación; en segundo, contribuye a la transparencia, mediante la identificación y clarificación de los *outputs* relacionados con el valor social; y en tercer lugar, facilita los análisis comparativos, simplificando las valoraciones de los *stakeholders* y sus procesos decisionales.

Para analizar los impactos (*impacts*) atribuidos a la organización, debemos ser capaces de sustraer de los *outcomes*, el impacto que no ha sido generado por la organización objeto de análisis, o los impactos negativos colaterales que ha generado, para lo cual será necesario analizar cuatro aspectos complementarios:

- Los desplazamientos (*displacement*) ocasionados (Emerson y Twersky, 1996), por ejemplo, que la inserción laboral de una persona haya significado la exclusión de otra.
- El peso muerto (*deadweight*), considerado como el resultado que se hubiera obtenido sin la intervención de la organización, para lo cual será necesario identificar el escenario base (*base case scenario*) en el momento final, y no en el momento inicial (es decir, lo que habría sucedido de todas maneras) (Olsen y Nicholls, 2005; Nicholls, 2009).
- La atribución (*attribution*), entendido como el conjunto de *inputs* aportados por terceros a la organización y que, por lo tanto, deben ser descontados de los *outputs*.
- El decremento (*drop off*), entendido como deterioros que el tiempo puede ocasionar en los *outputs* valorados.

Lógicamente, se trata de un problema social complejo: las interpretaciones y cálculos relativos al desplazamiento y al peso muerto son subjetivos y, normalmente, controvertidos, siendo el principal problema, junto con la atribución de valor a los *outputs* sociales, para establecer consensos en torno a la cuantificación del valor generado (Scholten *et al.*, 2006).

7. Acercamiento fenomenológico desde la perspectiva de *stakeholders*: modelo poliédrico

El tercer problema señalado, posiblemente el más importante, hace referencia a la calificación como valor social de un determinado *output*. Tal y como hemos señalado, a los diferentes *outputs* de una organización se les puede atribuir valor social, o no, según quién sea el evaluador y cuáles sean sus intereses. Por ejemplo, a la pregunta sobre si genera valor social la producción de armamento, distintas personas darán respuestas diferentes en función de cuál sea su perspectiva antropológica y social; asimismo, las respuestas pueden variar considerablemente en relación a si la pregunta se realizara en un tiempo de paz o de guerra, y en función de la

amplitud del ámbito de análisis (nacional o global). Intentar buscar una respuesta única referenciada al bien común se antoja hartó difícil, por lo que hemos optado por acercarnos al fenómeno desde la perspectiva de los *stakeholder*, en línea con la propuesta de Argandoña (1998). Si bien es cierto que, en ocasiones, el interés de los *stakeholders* puede ser egoísta y disfuncional, e incluso excluyente y relegar a la categoría de *non stakeholders* a los *stakeholders* con menos poder (Melé, 2002, 2009; San-Jose y Retolaza, 2012), estas dificultades se podrían superar integrando los intereses de los *stakeholders* a una escala superior a la empresa –sector, Estado, comunidad global–, o delegando su representación en otros *stakeholders* –Estado, oenegés–.

A pesar de las limitaciones señaladas, consideramos que la perspectiva de los *stakeholders* constituye un paradigma de gran potencial para identificar el valor social generado. Dicho valor no viene definido de antemano de una forma universal, sino que hace referencia a la valoración que los grupos de interés o, más concretamente, las personas con intereses en una empresa u organización hacen de los *outputs* generados por aquélla (Retolaza y San-Jose, 2011). Esta perspectiva es consistente con los trabajos de Freeman (1984) y con la propia teoría de agencia (perspectiva multifiduciaria), en la medida en que dicha relación se amplía al conjunto de *stakeholders* (Jensen y Meckling, 1976; Eisenhardt, 1989).

No obstante, la principal característica de esta perspectiva estriba en la dificultad de generar un valor único, ya que dependiendo del prisma –grupo de interés– desde el que se realice la valoración, unos determinados *outputs* pueden ser considerados, o no, como valor social para ese determinado grupo; de ahí que un mismo proyecto, empresa u organización pueda generar un valor social distinto en función de qué *stakeholder* realice el análisis. Desde una perspectiva clásica, en la que se supone que existe un valor único y objetivo, la determinación del valor no es sencilla; desde una perspectiva borrosa (Zadeh, 1965; Kaufman y Gil-Aluja, 1986), que a nuestro entender respondería mejor a la realidad, podríamos señalar el conjunto de valor social creado para los diferentes *stakeholders*, sin que en ningún caso pudiera suponerse que existe un valor real sumatorio del conjunto de valores. Al modelo resultante de este planteamiento, que aúna la teoría de *stakeholder* con la perspectiva fenomenológica y la de conjuntos borrosos, lo hemos denominado modelo poliédrico.

Este planteamiento centrado en los *stakeholders* soluciona el problema habitual de los análisis de impacto socioeconómico, los cuales sólo suelen tomar en consideración los costes tangibles, ignorando otro tipo de impactos relacionados con los diversos grupos de interés (*special interest group*) o *stakeholders* (Emerson, Wachowitz y Chun, 2000). No obstante, si se quisiera aplicar el modelo a partir del planteamiento habitual de la teoría de los *stakeholder* (Freeman, 1984; Freeman *et al.*, 2010) deberíamos presuponer que existe una relación biunívoca

entre los grupos de interés y los intereses. En la práctica, esto no suele ocurrir: en el seno del mismo grupo de interés, convergen intereses diversos e incluso contrapuestos; asimismo, diversos grupos de interés comparten intereses (Ruiz-Roqueñi y Retolaza, 2012). Incluso, como hemos podido constatar en las entrevistas en profundidad, el mismo agente puede tener intereses diversos, e incluso divergentes, en función de la perspectiva en la que se sitúe. Esto lleva a que, en la práctica, el modelo deba redefinirse, no desde los *stakeholders* entendidos como rol, sino desde las diversas perspectivas de interés en la que los diferentes *stakeholders* valoran los *outputs* generados.

En el caso de Lantegi Batuak, sólo se han tenido en cuenta los *stakeholder* identificados por la entidad como prioritarios: sociedad civil, administración, clientes, financiadores, tejido empresarial y sindicatos³.

8. Proceso de análisis del valor social generado por Lantegi Batuak

En los apartados anteriores se ha fundamentado y desarrollado un modelo bastante abierto y robusto, que facilita la estandarización del proceso de cuantificación del valor social generado por entidades de diversa tipología. El contraste empírico del modelo sólo puede llevarse a cabo mediante su aplicación a diferentes organizaciones, para lo que se requiere estandarizar un proceso de utilización. En este apartado, se va a proceder a definir dicho proceso a través de la aplicación del modelo en la cuantificación del valor social generado por la organización Lantegi Batuak.

Los pasos que se seguirán en el proceso de análisis son:

1. Identificar los diferentes grupos de interés y la atribución de valor social que cada uno de ellos hacia los *outputs* generados por la organización.
2. Identificar el conjunto de *outputs* económicos con valor social y de *outputs* sociales generados por la entidad.
3. Monetizar el valor de los *outputs*.
4. Identificar el conjunto de *inputs* sociales utilizados.
5. Monetizar el valor de dichos *inputs*.
6. Enunciar los impactos no valorados que se presentarán de forma cualitativa.
7. Actualizar los valores al momento de la realización del análisis.

³ Éste se podría considerar un *stakeholder* mixto (interno/externo), ya que de alguna forma representa los intereses de los trabajadores (interno), pero también los intereses globales del sindicato (externo).

8. Identificar las condiciones de incertidumbre en el cálculo y explicitar su causa, especialmente en lo que se refiere a los problemas de desplazamiento (*displacement*) y punto muerto (*deadweight*).
9. Descontar los *inputs* utilizados (costes) de los *outputs* generados (beneficios).
10. Realizar el análisis variando las sensibilidades relacionadas con las condiciones de incertidumbre o la diversidad de posibles escenarios.

Previamente, se han de determinar las posibilidades de ejecución del análisis, verificando el interés de los interlocutores –en especial, de los gestores de la entidad–, la cantidad y calidad de información disponible sobre los *inputs* y *outputs*, y los *stakeholders* de referencia identificados, con especial atención a los relacionados con el impacto social de la entidad:

destinatarios –si son distintos de los que realizan el pago–, ciudadanía –en función de su cercanía–, afectados –por acción u omisión–, y administración pública.

La Figura 3 recoge los hitos más significativos del proceso de análisis y valoración.

8.1. Identificación de los grupos de interés prioritarios

Se realizaron varias reuniones con la dirección de Lan- tegi Batuk. A partir de la reflexión previa realizada por la entidad sobre los grupos de interés prioritario –que se encontraba plasmada en diversos documentos internos–, se procedió a la elaboración conjunta del mapa conceptual recogido en la Figura 4.

Fuente: Elaboración propia.

Figura 4. Grupos de interés prioritario de Lantegi Batuak

Fuente: Elaboración propia.

8.2. Análisis de intereses de los *stakeholders*

El análisis de los intereses de los *stakeholders* se realizó mediante entrevistas en profundidad a diversos representantes de los distintos grupos de interés. El listado fue propuesto por la dirección de Lantegi Batuak. Habría sido posible ampliar el número de entrevistas realizadas; no obstante, el resultado de esta reducción sería de tipo α , por cuanto lo que habríamos dejado de considerar es algún tipo de valor que otros representantes de los *stakeholders* nos habrían podido comunicar, sin que en ningún caso ello pueda provocar un error tipo β . En conclusión, el limitado número de entrevistas puede haber reducido el importe total del valor social generado.

La información recogida en las entrevistas se sistematizó mediante el programa Mactor del LIPSOR, y los intereses identificados en primera instancia fueron 27 (Cuadro 2).

Posteriormente, en un proceso de investigación-acción, se ha procedido a una reestructuración de los intereses, agrupándolos en trece intereses de segundo orden. Además, en el Cuadro 3, se refleja la importancia de dicho interés para los seis grupos de *stakeholders* seleccionados.

Cuadro 2. Intereses de los *stakeholders* de Lantegi Batuak

- Puestos de trabajo para personas con discapacidades.
- Anticipación proactiva al desarrollo normativo.
- Externalidades positivas.
- Paz social.
- Transparencia.
- Soluciones ergonómicas.
- Ahorro contributivo.
- Incremento de los ingresos familiares.
- Defensa de intereses colectivos – representatividad.
- Servicio + valor social (cliente) = reinversión en su colectivo.
- Ejemplo transformador (“otro tipo de empresas es posible”).
- Incremento de la productividad de las personas.
- Cadena de calidad social.
- Generación de negocio económico.
- Oportunidad para la Obra Social de la BBK.
- Respuesta diferencial a la crisis.
- Visualiza en positivo el problema de las discapacidades.
- Efecto tractor/impulsor de otras entidades.
- Impacto positivo de las campañas de comunicación en todo el sector.
- Posibilitar que la producción se mantenga en el País Vasco.
- Apoyo y soporte en la transformación de Arteche⁴.
- Incorporación a la sociedad.
- Incremento de la autonomía = horas de liberación del cuidador.
- Independencia en relación a padres y hermanos (especialmente).
- Valor emocional generado por el ‘círculo virtuoso’ entre el pueblo y el colectivo.
- Contexto de estabilización.
- Autoestima + autonomía.

Fuente: Elaboración propia.

⁴ Arteche es un grupo internacional de empresas cuya sede radica en Bizkaia, con una facturación superior a los 300 millones de euros anuales y más de 2.300 empleos. Para más detalles, véase <http://www.artechecom>.

Cuadro 3. Intereses de los stakeholders de Lantegi Batuak, por stakeholder

Intereses conjuntos de los stakeholders	SC	A	F	C	TE	S
Creación de puestos de trabajo para personas con discapacidades						
Anticipación proactiva al desarrollo normativo						
Externalidades positivas						
Paz social						
Transparencia						
Beneficio socioeconómico (ahorro contributivo)						
Incremento ingresos familiares						
Efecto tractor sobre entidades del sector						
Servicio + valor social (cliente) = reinversión en su colectivo						
Ejemplo transformador ("otro tipo de empresas es posible")						
Generar valor agregado en proveedores y clientes						
Incremento de la autonomía: reducción de la dependencia de cuidadores						
Valor emocional: autoestima, tranquilidad, satisfacción social						

SC: sociedad civil. A: Administración. F: financiadores. C: clientes. TE: tejido empresarial. S: sindicatos.
Fuente: Elaboración propia.

8.3. Estandarización de perspectivas de valor

Posteriormente, en otro proceso de investigación-acción, utilizando la técnica cualitativa de mapas conceptuales mediante el programa Mindjet5, se

procedió a agrupar los trece intereses en cuatro ecosistemas de intereses o tipologías de interés social: económico, socioeconómico, específico y emocional (Figura 5).

Figura 5. Mapa conceptual de intereses de los stakeholders de Lantegi Batuak, por ecosistema o tipología de intereses

SS: Seguridad Social. Fuente: Elaboración propia.

8.4. Integración de indicadores

Las Tablas 1 y 2 muestran la consolidación de los valores parciales obtenidos para cada conjunto de indicadores. En la columna de la derecha, aparecen los tres ecosistemas de valor identificados: valor socioeconómico, retorno socioeconómico y valor social específico. Debajo se han colocado, agrupadas, las variables analizadas: valor económico global, valor generado a proveedores, valor generado a clientes, valor generado a la economía social, ahorro para la Administración, valor para las familias y externalidades positivas. Por último, se ha seña-

lado el valor emocional, para plasmar su importancia, aunque con la metodología desarrollada no es posible su cuantificación

La consolidación del valor de las diferentes variables refleja el valor bruto generado; si a este valor se le restan las subvenciones recibidas por la organización, obtendríamos el valor neto o resultante.

En la Tabla 2, se ha realizado la integración de un periodo de cinco años (2007-2011), y se ha procedido a la consolidación de los diferentes tipos de valor social generados.

Tabla 1. Valor social consolidado de Lantegi Batuk (ejercicio 2011, en euros)

			Valor socioeconómico	Retorno socioeconómico	Valor social específico
Valor económico con impacto social			34.897.750	16.214.182	
Valor económico con impacto social indirecto (proveedores)			1.521.581	643.422	
Valor económico con impacto social indirecto (clientes)			20.835.488	11.237.225	
Valor económico con impacto social indirecto (economía social)					131.523
Ahorro para la Administración			10.762.999	10.762.999	
Valor socioeconómico para las familias				4.350.883	32.195.630
Externalidades positivas					917.848
Valor emocional					
Valor total			68.017.818	43.208.711	33.245.000
Subvenciones			15.314.104	14.482.292	721.574
Beneficio			52.703.714	28.726.419	32.523.427
Subvenciones	(cfr. supra)	SROI	4,44	2,98	46,07
Ventas	51.000.000	SROS	1,33	0,85	0,65
Activo fijo	41.534.304	SROFA	1,64	1,04	0,80
Fondos propios	50.627.579	SROE	1,34	0,85	0,66
Pasivo total	73.192.241	SROA	0,93	0,59	0,45

SROI: retorno social de la inversión (Social Return on Investment), en euros por cada euro de subvenciones. SROS: retorno social sobre ventas (Social Return on Sales), en euros por cada euro de ventas. SROFA: retorno social sobre activos no corrientes (Social Return on Fixed Assets), en euros por cada euro de activo fijo. SROE: retorno social sobre fondos propios (Social Return on Equity), en euros por cada euro de fondos propios. SROA: retorno social sobre activos (Social Return on Assets), en euros por cada euro de pasivo total.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 2. Valor social consolidado de Lantegi Batuk (ejercicios 2007-2011, en euros)

			Valor socioeconómico	Retorno socioeconómico	Valor social específico	Valor total generado
Valor económico con impacto social			161.585.808	76.833.346		161.585.808
Valor económico con impacto social indirecto (proveedores)			7.230.678	3.057.592		7.230.678
Valor económico con impacto social indirecto (clientes)			91.796.882	49.508.905		91.796.882
Valor económico con impacto social indirecto (economía social)					737.059	737.059
Ahorro para la Administración			35.154.450	35.154.450		35.154.450
Valor socioeconómico para las familias				20.004.745	143.627.312	143.627.312
Externalidades positivas					4.585.816	4.585.816
Valor emocional						
Valor total			295.767.818	184.609.038	148.950.187	443.980.945
Subvenciones			67.235.121	62.158.548	2.661.062	69.896.183
Beneficio			228.532.697	122.450.490	146.289.124	374.084.762
Subvenciones	(cfr. supra)	SROI	4,40	2,97	55,97	6,35

SROI: retorno social de la inversión (Social Return on Investment), en euros por cada euro de subvenciones.

Fuente: Elaboración propia.

9. Resultados

La Tabla 3 sintetiza los resultados cuantitativos obtenidos. En los últimos cinco años, Lantegi Batuak ha generado un valor total de más de 440 millones de euros, de los cuales 184 millones se han ingresado en la Administración, superando en más de 120 millones de euros lo que el conjunto de las administraciones públicas han aportado a Lantegi Batuak. Mención especial merecen los casi 150 millones de euros de valor neto social específico orientado a las familias y al ámbito de la minusvalía.

Por su parte, el resultado cualitativo obtenido ha sido la verificación de las hipótesis planteadas, así como el desarrollo de una propuesta metodológica que posibilita una identificación objetivable del valor social, y su traslación a parámetros económicos. Esta consecuencia resulta especialmente relevante, no sólo porque permite homogeneizar y, por tanto, contrastar de modo objetivo el valor social generado por muy diferentes tipos de organizaciones con actividades económicas diversas, ayudando a la Administración en la toma de decisiones basadas en coste-beneficio social, sino, principalmente, porque abre la posibilidad de integrar los resultados económicos y sociales en un único concepto de generación de valor, superando la tesis de la separación.

Como línea futura de investigación de inusitado interés señalaríamos que, a lo largo del trabajo, se ha evidenciado la creación de un tipo de valor, principalmente emocional, de gran importancia para muchos *stakeholders*. Sistematizar su identificación y valoración, e integrarlo con el valor económico y el valor social es, sin duda, un reto apasionante para el futuro.

10. Conclusiones

Existe una preocupación creciente por generar valor social en las organizaciones, tanto de la economía social como mercantil. Avanzar en esta dirección, tal y como se propone la Unión Europea, exige, por una parte, ser capaz de objetivar y ponderar el valor

social; y de otra, integrarlo con los resultados económicos, de forma que se pueda dar una visualización completa del valor (*blended value*) generado por las entidades. El concepto de valor social contrastado –promocionado por la Unión Europea– y el de *integrated reporting* –propuesto por la Global Reporting Initiative– ahondan en esta línea de trabajo.

Sin embargo, se necesita un paradigma capaz de soportar la conceptualización y medición del valor social, pues los dos paradigmas dominantes, el neoliberal y el del bien común, presentan problemas difíciles de solventar a este respecto. La combinación de un acercamiento fenomenológico con la teoría de los *stakeholder* permite fundamentar un proceso de objetivación y ponderación del valor social creado por las organizaciones. Este planteamiento teórico y su posterior desarrollo mediante la teoría de conjuntos borrosos genera el modelo poliédrico, el cual permite identificar los *inputs* y *outputs* que deben tenerse en consideración para realizar una valoración cuantitativo-cualitativa del valor social generado.

Los trabajos existentes sobre objetivación del valor social generado son escasos, y casi todos en el ámbito de la intervención; sin embargo, las técnicas utilizadas son muy diversas, aunque cuentan con un escaso marco teórico. El modelo poliédrico permite justificar el conjunto de *inputs* y *outputs* seleccionados, a partir de los cuales es posible utilizar una metodología de análisis de coste-beneficio, donde se monetizan los *outputs* y los *inputs* sociales utilizando tres mecanismos que se corresponden con los empleados en contabilidad para obtener el valor razonable: el precio de mercado, los precios sombra y los indicadores plausibles de valor.

El resultado obtenido, que se ejemplifica a partir del caso de Lantegi Batuak aquí expuesto, consiste en la objetivación, desde una determinada perspectiva, de la cuantificación del valor generado. Por perspectiva se entiende la orientación desde un interés dominante, compartido por un conjunto de *stakeholders*, y no la orientación desde los intereses de un determinado grupo de rol. Este valor obtenido permite, de un lado, integrar en un mismo tipo

Tabla 3. Síntesis de resultados de Lantegi Batuak (ejercicios 2007-2011, en euros)

		2011	2010	2009	2008	2007	Total
Valor socioeconómico	Bruto	68.017.818	62.771.231	51.701.576	55.470.253	57.806.940	295.767.818
	Neto	52.703.714	47.522.309	37.996.923	43.628.892	46.680.859	228.532.697
Retorno socioeconómico	Bruto	43.208.711	38.583.638	34.316.356	31.075.896	37.424.437	184.609.038
	Neto	28.726.419	24.238.537	21.901.363	20.292.826	27.291.345	122.450.490
Valor específico social	Bruto	33.245.000	30.531.426	29.086.577	28.645.589	27.441.594	148.950.187
	Neto	32.523.427	30.053.482	28.451.015	28.082.649	27.178.522	146.289.124
Valor total	Bruto	101.131.295	93.191.287	80.682.050	83.927.310	85.049.003	443.980.945
	Neto	85.095.618	77.464.422	66.341.834	71.523.009	73.659.880	374.084.762
Retorno social de la inversión (SROI)*		6,42	5,88	5,67	6,83	7,57	6,40

* En euros por cada euro invertido. Fuente: Elaboración propia.

de unidad el valor económico y una gran parte del valor social, ofreciendo una mejor visión del valor global (*blended value*) generado por una entidad y facilitando integrar en la gestión objetivos económicos y sociales. Asimismo, hace posible un análisis comparativo no sólo del valor social, sino también del valor global generado por diferentes entidades, y en consecuencia, permite analizar de forma conjunta la eficiencia comparada de distintas entidades, independientemente de que su carácter mercantil, social, público o sin ánimo de lucro (*non profit*). Un ejemplo de estas posibilidades es el análisis comparativo de eficiencia en la creación de valor entre bancos y cajas de ahorros en España en la última década (San-Jose, Retolaza y Torres, 2011). Por último, una sistematización y generalización en la ponderación del valor social generado permitiría su integración en el PIB, o en algún indicador análogo de carácter más inclusivo, lo que daría lugar a una visualización mucho más completa del valor real generado por un determinado país.

La principal limitación de este trabajo viene dada por el hecho de que, para que sea efectiva, al igual que el sistema contable, la objetivación y ponderación del valor social necesita de unas normas reconocidas internacionalmente. Este trabajo es sólo un ladrillo en la construcción de un sistema normativo de ese tipo. Llevamos más de dos siglos mejorando el sistema contable aplicado a capturar y plasmar el valor económico de una organización, pero se sigue avanzando en las normas contables. Esperamos que el progreso de las normas de valoración social pueda ser más rápido, pero aun así necesita de un amplio abanico de investigadores y gestores que colaboren en red, y de bastante tiempo para avanzar en una combinación de contraste de hipótesis con el ensayo-error. Esta necesaria contribución al desarrollo de la contabilidad social es, sin duda, la principal línea de investigación que se abre. Sería deseable ampliar el número de casos valorados, así como ir estandarizando los modelos y técnicas más adecuadas para dicha valoración.

- ALZOLA, M. (2008): "Character and environment: The status of virtues in organizations", *Journal of Business Ethics*, nº 78, págs. 343-357.
- ARGANDOÑA, A. (2011a): "Beyond contracts: Love in firms", *Journal of Business Ethics*, nº 99, págs. 77-85.
- (2011b): "From action theory to the theory of the firms", en CANALAS, J. (ed.), *The Future of Leadership Development*, Houndmills, Palgrave Macmillan, págs. 119-142.
- (2011c) *Stakeholder Theory and Value Creation*, serie: Working Paper, nº 922, Barcelona; Madrid, IESE Business School [http://www.iese.edu/research/pdfs/di-0922-e.pdf].
- (1998): "The stakeholder theory and the common good", *Journal of Business Ethics* vol. 17, nº 9-10, págs. 1.093-1.102.
- CARROLL, A. B. (1999): "Corporate social responsibility. Evolution of definitional construct", *Business and Society*, vol. 38, nº 3, págs. 268-295.
- (1994): "Social issues in management research", *Business and Society*, vol. 33, nº 1, págs. 5-25.
- (1991): "The pyramid of corporate social responsibility: Towards the moral management of organizational stakeholders", *Business Horizons*, nº jul.-ag., págs. 39-48.
- CHAVES, R.; y MONZÓN, J. L. (2001): "Economía social y sector no lucrativo: actualidad científica y perspectivas", *CIRIEC-España, Revista de Economía Pública, Social y Cooperativa*, nº 37, págs. 7-33.
- DEMBINSKI, P. H. (2008): *Finance: Servant or Deceiver? Financialization at the Crossroads*, Nueva York, Palgrave Macmillan.
- EASTERBY-SMITH, M; THORPE, R.; y LOWE, A. (1991): *Management Research: An Introduction*, Londres, Sage Publications.
- EISENHARDT, K. M. (1989): "Agency theory: An assessment and review", *The Academy of Management Review*, vol. 14, nº 1, págs. 57-74.
- EMERSON, J. (2001): *Social Intent and Returns: An Exploration of Investors, Instruments and the Pursuit of a Social Return on Investment*, The Rockefeller Foundation.
- EMERSON, J.; BONINI, S.; y BREHM, K. (2003): *The Blended Value Map: Tracking the Intersects and Opportunities of Economic, Social and Environmental Value Creation* [documento de trabajo], Menlo Park, The William and Flora Hewlett Foundation.
- EMERSON, J.; y TWERSKY, F. (1996): *New Social Entrepreneurs: The Success, Challenge and Lessons of Non-Profit Enterprise Creation*, San Francisco, Jed Emerson & Fay Twersky Editors.
- EMERSON, J.; WACHOWITZ, J.; y CHUN, S. (2000) "Social return on investment: Exploring aspects of value creation in the nonprofit sector", en *The Box Set: Social Purpose Enterprises and Venture Philanthropy in the New Millennium*, San Francisco, Roberts Enterprise Development Fund, vol. 2, págs. 130-173.
- ETZIONI, A. (1999): "Normative-affective factors: Toward a new decision-making model", en ETZIONI, A. (ed.), *Essays in Socio-Economics*, Berlín; Heidelberg, Springer.
- FELBER, C. (2012): *La economía del bien común*, Barcelona, Planeta.
- FERNANDES, P.; ROCHA, J.; y RODRIGUES, F. (2011): "The complete ethics chain of value: From social and ethical principles to the role of the official auditing and accounting revision entities", *International Journal of Management and Enterprise Development*, vol. 10, nº 2, págs. 216-231.

- FREEMAN, R. E. (1984): *Strategic Management: A Stakeholder Approach*, Boston, Pitman.
- FREEMAN, R. E.; WICKS, A.; y PARMAR, B. (2004): "Stakeholder Theory and the corporate objective revisited", *Organization Science*, vol. 15, nº 3, págs. 364-369.
- FREEMAN, R. E. et al. (2010): *Stakeholder Theory: The State of the Art*, Cambridge, Cambridge University Press.
- FRIEDMAN, M. (1970): "The social responsibility of business is to increase its profits", *New York Times Magazine*, 3-9-1970, nº 32-33, págs. 122-124.
- GASSENHEIMER, J. B.; HOUSTON, F. S.; y DAVIS, J. C. (1998): "The role of economic value, social value, and perceptions of fairness in interorganizational relationship retention decisions", *Journal of the Academy of Marketing Science*, nº 26, págs. 322-337.
- GAWEL, A. (2006): *Corporate Social Responsibility: Standards and Objectives Driving Corporate Initiatives* [documento de trabajo], Pollution Probe [http://www.pollutionprobe.org/old_files/Reports/csr_january06.pdf], consultado el 4-4-2009].
- GIL-ALUJA, J. (2003): "Clans, affinities and Moore's fuzzy pretopology", *Fuzzy Economic Review*, nº 8, págs. 3-24.
- GROTH, J. C.; BYERS, S. S.; y BOGERT, J. C. (1996): "Capital, economic returns and the creation of value", *Management Decision*, vol. 24, nº 6, págs. 21-30.
- HUSTED, B. W.; y ALLEN, D. B. (2007): "Strategic corporate social responsibility and value creation among large firms: Lessons from the Spanish experience", *Long Range Planning*, vol. 40, nº 6, págs. : 584-610.
- JAVITS, C. (2008): *REDF's Current Approach to SROI* [documento de trabajo], San Francisco, Roberts Enterprise Development Fund [<http://www.redf.org/learn-from-redf/publications/119>], consultado el 8-12-2008].
- JENSEN, M. C. (2008): "Non-rational behaviour, value conflicts, stakeholder theory, and firm behaviour", *Business Ethics Quarterly*, vol. 18, nº 2, págs. 167-171.
- (2001): "Value maximization, stakeholder theory, and the corporate objective function", *European Financial Management*, nº 7, págs. 297-317.
- JENSEN, M.; y MECKLING, W. (1976): "Theory of the firm: Managerial behaviour, agency costs, and ownership structure", *Journal of Financial Economics*, nº 3, págs. 305-360.
- KAUFMANN, A.; y GIL-ALUJA, J. (1986): *Introducción de la teoría de los subconjuntos borrosos a la gestión de las empresas*, Santiago de Compostela, Milladoiro.
- LANTEGI BATUAK (s/d) [<http://www.lantegi.com/conocenos/historia/>].
- LEWIN, K. (1958): *Group Decision and Social Change*, Nueva York, Holt, Rinehart and Winston.
- MAZURKIEWICZ, P. (2004): *Corporate Environmental Responsibility: Is a Common CSR Framework Possible?* [documento de trabajo], DevComm-SDO. Banco Mundial [<http://go.worldbank.org/RDYD5ZU9Po>].
- MELÉ, D. (2009): "The view and purpose of the firm in Freeman's stakeholder theory", *Philosophy of Management*, nº 8, págs. 3-13.
- (2002): "Not only stakeholder interests: The firm oriented toward the common good", en CORTRIGHT, S. A.; y NAUGHTON, M. J. (eds.), *Rethinking the Purpose of Business. Interdisciplinary Essays from the Catholic Social Tradition*, Notre Dame, University of Notre Dame Press, págs. 190-214.
- MILL, G. A. (2006): "The financial performance of a socially responsible investment over time and a possible link with corporate social responsibility", *Journal of Business Ethics*, vol. 63, nº 2, págs.131-148.
- MONZÓN, J. L. (2008): *Las grandes cifras de la economía social en España*, Valencia, CIRIEC-España.
- NARRILLOS, H. (2010): "El SROI (social return on investment): un método para medir el impacto social de las inversiones", *Análisis Financiero*, nº 113, págs. 34-43.
- NERON, P. Y.; y NORMAN, W. (2008): "Do we really want businesses to be good corporate citizens?", *Business Ethics Quarterly*, vol. 18, nº 1, págs. 1-26.
- NICHOLLS, J. (2009): *A Guide to Social Return on Investment*, 1ª ed., Londres, Cabinet Office of the Third Sector.
- OLSEN, S.; y GALIMIDI, B. (2008): *Catalog of Approaches to Impact Measurement: Assessing Social Impact in Private Ventures*, Social Venture Technology Group.
- OLSEN, S.; y NICHOLLS, J. (2005): *A Framework for Approaches to SROI* [documento de trabajo] [<http://www.haas.berkeley.edu/>]; consultado el 10-5-2006].
- OSTROM, E. (1998): "A behavioral approach to the rational choice theory of collective action", *American Political Science Review*, vol. 92, nº 1, págs. 1-22.
- (1990): *Governing the Commons: The Evolution of Institutions for Collective Action*, Nueva York, Cambridge University Press.
- PORTER, M.; y KRAMER, M. (2011): "Creating shared value", *Harvard Business Review*, nº 4, págs. 1-13.
- (2006): "Strategy and society: The link between competitive advantage and corporate social responsibility", *Harvard Business Review*, nº 1, págs. 78-94.
- REASON, P.; y BRADBURY, H. (eds.) (2001): *The SAGE Handbook of Action Research. Participative Inquiry and Practice*, 1ª ed., Londres, Sage.
- RETOLAZA, J. L. (2012): *Análisis coste-beneficio de las empresas de inserción: elaboración de un modelo de análisis costo-beneficio*, Madrid, Editorial Académica Española.
- RETOLAZA, J. L.; y RAMOS, M. (2005): "Modelización del coste de las empresas de inserción para la administración pública", *CIRIEC-España. Revista de Economía*, nº 52, págs. 361-385.
- RETOLAZA, J. L.; y SAN-JOSE, L. (2011): "Social economy and stakeholder theory, an integrative framework

- for socialization of the capitalism”, *CIRIEC-España. Revista de Economía*, nº 73, págs. 193-213.
- RETOLAZA, J. L.; SAN-JOSE, L.; y ARAUJO, A. (en prensa): “La eficiencia como reto de las empresas de inserción”, *REVESCO. Revista de Estudios Cooperativos*.
- RETOLAZA, J. L.; SAN-JOSE, L.; y RUIZ-ROQUEÑI, M. (2014): “Ontological stakeholder view: Innovative perspective of explanation of the firm”, *Global Business Review*, vol. 15, nº 1, págs. 25-36.
- RETOLAZA, J. L.; RUIZ-ROQUEÑI, M.; y SAN-JOSE, L. (2009): “CSR in business start-ups: An application method for stakeholder engagement”, *Corporate Social Responsibility and Environmental Management*, vol. 16, nº 6, págs. 324-336.
- RUIZ-ROQUEÑI, M.; y RETOLAZA, J. L. (2012): “Stakeholder marketing: A new orientation in the discipline and practice of marketing”, *Journal of Modern Accounting and Auditing*, vol. 8, nº 6, págs. 811-826.
- (2011): “Stakeholder marketing: una nueva orientación en la disciplina y práctica del marketing” [comunicación], XXV Congreso Anual de Asociación Europea de Dirección y Economía de Empresa, Valencia.
- RUS, G. (2001): *Análisis coste-beneficio*, Barcelona, Ariel.
- SAMUELSON, P. A. (1954): “The pure theory of public expenditure”, *Review of Economics and Statistics*, vol. 36, nº 387-389.
- SAN-JOSE, L.; y RETOLAZA, J. L. (2012): “Participación de los stakeholders en la gobernanza corporativa: fundamentación ontológica y propuesta metodológica”, *Universitas Psychologica*, vol. 11, nº 2, págs. 619-628 [<http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revpsycho/article/view/1519>].
- SAN-JOSE, L.; RETOLAZA, J. L.; y TORRES, J. (2011): “The efficiency of banking institutions: Spanish saving banks versus Spanish commercial banks from a multi-stakeholder perspective”, *International Research Journal of Applied Finance*, vol. 2, nº 8, págs. 925-935.
- SCHOLTEN, P. *et al.* (2006): *Social Return on Investment. A Guide to SROI Analysis*, 1ª ed., Ámsterdam, Lenth Publishers.
- SCHUMPETER, J. (1909): “On the concept of social value”, *The Quarterly Journal of Economics*, vol. 23, nº 2, págs. 213-232.
- SISON, A. J. G.; y FONTRDONA, J. (2012): “The common good of the firm in the Aristotelian-Thomistic tradition”, *Business Ethics Quarterly*, vol. 22, nº 2, págs. 211-246.
- SPENCER, H. (1896): *Principles of Ethics*, Nueva York, D. Appleton & Company.
- SPENCER, L.; y SCHMIDPETER, R. (2003): “SMEs, social capital and the common good”, *Journal of Business Ethics*, vol. 45, nº 1-2, págs. 93-108.
- TAPSCOTT, D.; y TICOLL, D. (2003): *The Naked Corporation: How the Age of Transparency Will Revolutionize Business*, Toronto, Viking Canada.
- TUAN, M. (2008): *Measuring and/or Estimating Social Value Creation: Insights into Eight Integrated Cost Approaches*, Bill & Melinda Gates Foundation; University Press [<https://docs.gatesfoundation.org/Documents/www-report-measuring-estimating-social-value-creation.pdf>].
- VANCALY, F.; y ESTEVES, M. (2011): *New Directions in Social Impact Assessment. Conceptual and Methodological Advances*, Massachusetts, Edward Elgar Publishing.
- ZADEH, L. A. (1965): “Fuzzy sets”, *Information Control*, nº 8, págs. 338-353.

Políticas de servicios sociales para la atención a personas en situación de exclusión residencial grave. Elementos para un diagnóstico y propuestas estratégicas¹

José María Duque

Ayuntamiento de Bilbao

<txema.duque@ayto.bilbao.net>

Artikulu honetan, batetik, aitortzen da gizarte-bazterketa egoeran dauden pertsonen zuzenduriko EAEko politikak izandako arrakasta; eta, bestetik, premia azaltzen da aurrerabidea gertatzeko bizitegi-bazterketa larriari aurre egiteko gizarte-zerbitzuak politiketan. Testuak kontuan hartzen ditu diru-sarbideak bermatzeko sistema, ongizate-sistemen arteko elkarkidetzak eta lehen-arretako gizarte-zerbitzuen gaitasun prebentiboa gizarteratzea ahalbidetzeko politika publikoen oinarriko zutabe gisara. Administrazio, eskuarte sozialeko hirugarren sektoreko erakunde eta zientzia-komunitatearen arteko elkarkidetzak oinarri harturik, egileak nabarmentzen du metodologia- eta kontzeptu-kontsentsu batean aurrerabidea egiten ari dela errealitate horren ezaguera eta azterketa hobearazteko; eta horrek garrantzia handia izango omen du Gizarte Zerbitzuen Legeak aurreikusitako Prestazio eta Zerbitzuen Katalogoa osatzeko.

GAKO-HITZAK:

Gizarte-politikak, gizarte-zerbitzuak, lehen-mailako arreta, bizitegi-bazterketa larria, etxegabeko pertsonak, zerbitzu-zorroa.

En este artículo, por un lado, se reconocen los logros en las políticas de la CAPV dirigidas a las personas en situación de exclusión; y, por otro, se plantea la necesidad de avanzar en las políticas de servicios sociales para afrontar la exclusión residencial grave. El texto considera el sistema de garantía de ingresos, la cooperación entre los sistemas del bienestar y la capacidad preventiva de los servicios sociales de atención primaria como los pilares fundamentales de las políticas públicas dirigidas a facilitar la inclusión social. A través de la cooperación entre administraciones, las entidades del tercer sector de intervención social y la comunidad científica, el autor constata que se está avanzando en la construcción de un consenso metodológico y conceptual para un mejor conocimiento y análisis de esta realidad, y que ello será de gran ayuda para el desarrollo del Catálogo de Prestaciones y Servicios previsto en la Ley de Servicios Sociales.

PALABRAS CLAVE:

Políticas sociales, servicios sociales, atención primaria, exclusión residencial grave, personas sin hogar, cartera de servicios.

¹ Este texto recoge, en forma de artículo, la presentación realizada por el autor en las I Jornadas sobre Exclusión Residencial en Euskadi, celebradas en Donostia-San Sebastián el 18 de marzo de 2014 (<<http://mintegia.sis.net>>).

1. Introducción

En los servicios sociales, no todas las situaciones objeto de su intervención son igualmente estudiadas y, por lo tanto, conocidas. Entre las realidades más estudiadas, tenemos la situación de las personas mayores, las personas con discapacidad, la violencia de género, la desprotección de menores o la dependencia. Este interés tiene su reflejo en el desarrollo normativo, así como en la planificación y disposición de recursos y programas.

Otras realidades, como la desprotección de personas adultas y las situaciones de exclusión social, a pesar de estar contempladas en nuestras leyes de servicios sociales, no han gozado del necesario interés y preocupación para promover su conocimiento, profundización y planificación en relación a las políticas sociales y el desarrollo de los recursos adecuados a ellas. En el ámbito de la exclusión social, y concretamente respecto al conocimiento de la exclusión residencial grave (personas en situación de sinhogarismo extremo), históricamente nos hemos encontrado con dificultades derivadas de la falta de consenso conceptual, y de la movilidad física y temporal de las personas sin hogar.

En la CAPV, aunque sea de una forma muy desigual, observamos un claro aumento del interés por conocer esta realidad en los últimos años². En particular, los ayuntamientos de Bilbao, Donostia-San Sebastián y Vitoria-Gasteiz, con la colaboración del Departamento de Empleo y Políticas Sociales y las tres Diputaciones Forales, pretenden promover no sólo el estudio, sino también el debate sobre las políticas que deben desarrollarse como respuesta a la exclusión residencial grave. Esta dinámica de cooperación institucional y, al mismo tiempo, entre administraciones, entidades del tercer sector de intervención social y comunidad científica, posibilita rigurosidad en el análisis e integración de las políticas públicas. El trabajo realizado supone una propuesta consensuada y convincente de superación de las dificultades metodológicas y conceptuales para el análisis de esta realidad.

En el contexto descrito, este artículo pretende aportar una serie de elementos que ayuden a profundizar en el diagnóstico y tratamiento de la exclusión en la CAPV, ofreciendo, a su vez, algunas propuestas estratégicas graduadas en cuanto a su alcance y concreción.

2. Apunte conceptual

El proceso que va desde una situación de inclusión a otra de exclusión residencial grave (y viceversa) se presenta como un continuo que, desde un punto de

vista analítico, es necesario describir y, quizás, es posible predecir o pronosticar. El sistema de servicios sociales –al igual que otros, como el sanitario o el de garantía de ingresos– dedica gran parte de sus esfuerzos a objetivos asistenciales que ayudan a corregir los efectos de los procesos excluyentes. Por lo tanto, nuestra capacidad para describir y analizar las causas y consecuencias (síntomas) de la exclusión incidirá proporcionalmente en las políticas preventivas³.

2.1. La inclusión-exclusión como situación genérica⁴

Nos encontramos con una situación de inclusión social cuando se da una disponibilidad y un ejercicio de una serie de capacidades personales (competencias, habilidades, capacitación, información), sociales (apoyo social, aceptación social) y económicas. En definitiva, nos referimos al ejercicio de la ciudadanía, conformada por derechos y deberes, según el estándar de participación social de una sociedad o comunidad concreta. Por ello, consideramos que tiene un carácter multicausal y multidimensional.

La capacidad de acceder y mantener los bienes que cada sistema de protección procura a la ciudadanía (vivienda, salud, formación, empleo, renta, justicia) puede verse dificultada o limitada por diversos déficits en estas capacidades personales, sociales y económicas. En consecuencia, en la medida que una persona o familia ve disminuida la posibilidad de acceso y mantenimiento de los citados bienes, se encontrará en situación de vulnerabilidad o riesgo, y podrá llegar a una situación de privación o carencia.

Aunque la interrelación entre los distintos ámbitos carenciales sea un tema debatido, es evidente que podemos identificar situaciones de déficit o privación concernientes a cada sistema por separado. Así, nos referimos a exclusión residencial, sanitaria, económica, formativa, laboral⁵. En este sentido, una capacidad económica mermada (ligada al concepto de pobreza) condicionará, sin duda, el acceso a los demás ámbitos.

³ Ante situaciones sociales complejas, algunos autores optan por hacerse grandes preguntas ('¿cuál es la causa principal de la pobreza en el mundo?'). Otros, sin embargo, defienden que es mejor analizar esa realidad como un conjunto de problemas específicos que una vez identificados y comprendidos, pueden ser resueltos de uno en uno (Banerjee y Duflo, 2012: 19 ss.).

⁴ En este sentido se planteó en la Ley 12/1998, de 22 de mayo, contra la Exclusión Social, en cuya exposición de motivos este fenómeno se define como "la imposibilidad o la incapacidad de ejercer los derechos sociales, fundamentalmente el derecho al trabajo, pero también el acceso a la educación, a la formación, a la cultura, a la salud, a una vivienda digna, a la protección social".

⁵ La Alianza contra la Pobreza Energética, en Cataluña, afirma que muchas familias no tienen acceso a una vivienda digna, pero tampoco al agua, el gas y la luz (<<http://pobresaenergetica.es/>>). Según la Asociación Española de Operadores Públicos de Abastecimiento y Saneamiento (AEOPAS), ya se han ejecutado más de 300.000 cortes de suministro de agua por impago (Limón, 2014). En definitiva, son exclusiones por falta de acceso a determinados bienes, como el combustible (pobreza energética), el agua (exclusión hídrica) o el ascensor (exclusión vertical).

² Este interés queda corroborado por la publicación de diversos estudios y artículos en torno a este tema: Comisión Onartu (2011), Deloitte (2010), Eustat (2012), Duque (2013), Duque *et al.* (2012), Navarro (2013), SIIS Centro de Documentación y Estudios (2011 y 2013) y Zalakain (2014).

Aunque siempre ha estado presente el elemento estructural, es cierto que en estos años de crisis económica se han ido endureciendo los requisitos de acceso a los sistemas, lo que ha tenido como resultado un aumento de demanda en el sistema de servicios sociales. Como ejemplos, podemos citar el impacto de la pérdida de vivienda (desahucios) por incapacidad económica –debida, sobre todo, a la pérdida del empleo– o la pérdida de derecho a la salud por incumplimiento de requisitos para el acceso a tratamiento médico (personas extranjeras).

Por lo tanto, cuando nos encontramos con una de estas situaciones de vulnerabilidad o privación, no vamos a calificarla necesariamente de exclusión social. Aunque desde el punto de vista de su etiología pueden estar claramente interrelacionadas (sobre todo con la privación económica), es importante clarificar el papel de los servicios sociales en la mejora de cada situación deficitaria relacionada con los otros sistemas. En este sentido, y sin perjuicio de la imprescindible cooperación entre los sistemas (Duque, 2012), los servicios sociales de atención primaria juegan un papel clave para facilitar el acceso al ejercicio de los derechos de la ciudadanía, al ofrecer de manera simultánea los servicios y prestaciones propias de su sistema (en especial, el acompañamiento social) [Aguilar, Llobet y Pérez Eransus, 2012].

2.2. Exclusión residencial

En las últimas décadas, investigadores, profesionales, organizaciones sociales y administraciones están realizando un gran esfuerzo por llegar a una definición consensuada del problema y de quiénes son las personas sin hogar, partiendo de las condiciones de alojamiento en que viven y no tanto por sus circunstancias personales. En 2005, la Federación Europea de Organizaciones Estatales que Trabajan con las Personas sin Hogar (Feantsa) formuló una tipología europea de exclusión ligada al alojamiento (ETHOS), que fue revisada en 2006 y 2007. El citado instrumento establece cuatro categorías conceptuales en relación a tres aspectos de la situación de la vivienda (física, social y legal), y las subdivide en 13 categorías operativas, que se traducen, a su vez, en 24 situaciones residenciales. Las cuatro categorías que establece son: sin techo, sin vivienda (en alojamientos temporales, instituciones), en situación de alojamiento precario (inestable, inseguro) y en vivienda inadecuada (por estructura, fuera de legislación, infravivienda).

Así, podemos decir que una situación de exclusión residencial (que puede ser diversa, por eso ETHOS ofrece una graduación) puede ser –aunque no necesariamente– clave en un diagnóstico de exclusión social. En mi opinión, el término ‘exclusión residencial grave’ o ‘extrema’ incluye las categorías de sin techo, sin vivienda y algunas situaciones similares contempladas en la categoría denominada ‘vivienda inadecuada’.

2.3. La exclusión social como categoría diagnóstica en el sistema público de servicios sociales

En el marco del derecho subjetivo establecido en la Ley 12/2008 de Servicios Sociales de la CAPV, en su artículo 25 sobre los requisitos de acceso a los servicios del Catálogo (art. 22), recoge el “requisito de necesidad”, que se acreditará a través del diagnóstico social y la valoración de exclusión. Asimismo se recogen como requisitos de acceso “la idoneidad de la prestación o servicio para responder a las necesidades de la persona destinataria y la prescripción técnica” (art. 25.1.b).

El diagnóstico social y la valoración de la exclusión exploran la realidad de la persona o familia a partir de una serie de indicadores agrupados en los denominados ‘ámbitos vitales’: económico-laboral-residencial, convivencial, personal, de la salud y social.

El instrumento técnico de valoración de exclusión social (Decreto 385/2013) acredita si la persona se encuentra en situación de inclusión, riesgo o exclusión, así como la intensidad de ésta, distinguiendo tres niveles: leve, moderada y grave.

3. Desarrollo de la exclusión en el sistema público de servicios sociales

El tratamiento de la exclusión en la CAPV participa del desarrollo general del sistema público de servicios sociales en la CAPV (Duque, 2012). En síntesis, habría que tener en cuenta los siguientes elementos:

- Desarrollo de servicios no homogéneo ni equilibrado⁶. No ha existido concepción de sistema único. En consecuencia, no podemos hablar de un desarrollo y despliegue homogéneo y ordenado, que responda a cierta planificación. Los dos niveles de atención –primario y secundario– responden a dinámicas propias de dos sistemas. Contingencias como la discapacidad o la exclusión no han tenido la atención primaria como puerta de acceso al sistema. No se ha contado con herramientas homogéneas de planificación, diagnóstico y evaluación.
- Déficit en regulación de servicios y falta de consenso conceptual. La heterogeneidad y la falta de definición de requisitos funcionales, personales y prestaciones en los recursos dirigidos a la exclusión social ha dado como resultado una gran diversidad de servicios y desigualdad en ciudades y territorios históricos. Como ejemplo, tenemos conceptos muy utilizados, como baja/media/alta exigencia, grado de intensidad de apoyo profesional, centro de día, o centro de alojamiento o acogida.

⁶ Sobre este aspecto, puede verse la exposición de Joseba Zalakain en las I Jornadas sobre Exclusión Residencial en Euskadi (Zalakain, 2014).

- Inadecuación en la estructura de la atención primaria. Las leyes de servicios sociales (1982 y 1996) han tenido un mínimo impacto en los servicios y programas del ámbito de la exclusión. De hecho, el acogimiento de urgencia, que la Ley de 1996 obligaba a los municipios mayores de 20.000 habitantes, lo cumplieron las tres capitales y pocos más. Los servicios sociales de base no han contado con las condiciones necesarias (orientación, herramientas, formación y terminología) para integrar la exclusión en su atención habitual. Los servicios específicos para exclusión en atención primaria se han desarrollado sin suficiente conexión con la red de servicios sociales de base.
- Traslado de la renta de garantía de ingresos (RGI) y la prestación complementaria de vivienda (PCV) al sistema de empleo. Ello se está traduciendo en una significativa recuperación de espacio y tiempo en los servicios sociales de base.
- Modificación de los requisitos y retroceso en las coberturas sociales de personas en riesgo o situación de exclusión social. En los servicios sociales de atención primaria, se percibe un aumento de personas en situación o riesgo de exclusión asociado al endurecimiento de los requisitos de acceso (tiempo de empadronamiento y limitación de rentas por vivienda).

4. La exclusión en la CAPV en grandes cifras

El artículo 6 de la Ley de Servicios Sociales (12/2008) establece que la finalidad del sistema vasco de servicios sociales es promover, en cooperación y coordinación con otros sistemas y políticas públicas, el bienestar social del conjunto de la población, siendo uno de sus objetivos esenciales –junto a la dependencia o autonomía personal y la desprotección– el de prevenir y atender las situaciones de exclusión, y promover la integración social de las personas, de las familias y de los grupos.

Para hacernos una idea global del alcance de la exclusión en las políticas sociales de la CAPV, tendremos en cuenta algunos indicadores en relación al gasto y la atención⁷. El sistema público de servicios sociales de la CAPV dedica aproximadamente el 54 % del gasto a personas mayores y dependencia, el 20 % a discapacidad y enfermedad mental, el 13 % a desprotección de menores, el 6 % a servicios sociales de base, el 6 % a exclusión-inclusión social y el 1 % a desprotección de mujer⁸. En el caso de las tres capi-

tales, el gasto medio dedicado a exclusión supone el 18,08 % del presupuesto, oscilando entre el 13 % de Vitoria-Gasteiz, el 20,57 % de Bilbao y el 20,52 % de Donostia-San Sebastián.

En cuanto a los datos de atención, tenemos que subrayar de nuevo la falta de homogeneidad a la hora de recoger los datos entre las tres capitales. No obstante, podemos decir que, en 2013, Donostia-San Sebastián atendió a 2.239 personas distintas en servicios de necesidades básicas, y Bilbao, a 3.796. En ambos municipios, el porcentaje de personas atendidas por primera vez estaba aproximadamente en el 50 %. Por otra parte, los programas de intervención socioeducativa con personas sin hogar (que intervienen con estas personas en la calle y, más puntualmente, en centros de alojamiento, dando continuidad a la atención) atendieron a 287 personas distintas en Vitoria-Gasteiz y a 390 en Bilbao. Igualmente podemos decir que en el programa de empadronamiento a través de los servicios sociales participaron 25 personas en Vitoria-Gasteiz, 114 en Donostia-San Sebastián y 538 en Bilbao.

Además, contamos con unos datos especialmente significativos y ya conocidos a partir del estudio realizado en octubre de 2012 de manera sincronizada en las tres capitales y en todos los recursos de alojamiento temporal de competencia municipal y foral (SIIS, 2013) [Tabla 1].

Tabla 1. Incidencia y distribución de las diversas situaciones de exclusión residencial grave, por territorio histórico (CAPV, noche del 17 al 18 de octubre de 2012)

	Álava/Araba	Bizkaia	Gipuzkoa	CAPV
Personas localizadas en calle	29	148	66	243
Personas ubicadas en recursos con alojamiento	279	738	444	1.461
Total personas en calle y recursos	308	886	510	1.704
Tasa por 1.000 habitantes de personas en calle*	0,12	0,42	0,35	0,31
Tasa por 1.000 habitantes de personas en recurso**	0,86	0,64	0,62	0,67
% de personas en calle sobre el total	9,4	16,7	12,9	14,3
% de personas alojadas en recurso sobre el total	90,6	83,3	87,1	85,7

* Dado que los datos se refieren exclusivamente a las personas localizadas en las capitales, esta tasa está calculada sobre esa población.

** Esta tasa se calcula sobre el total de personas residentes en cada territorio histórico.

Fuente: SIIS Centro de Documentación y Estudios (2013).

⁷ Los datos que se ofrecen a continuación son aproximados, ya que en ocasiones es difícil imputar partidas de los presupuestos a contingencias (desprotección, dependencia, exclusión) concretas. Dificultad añadida supone definir el gasto imputable a programas de prevención de la exclusión.

⁸ Estimaciones aproximadas correspondientes a 2011. No incluyen las prestaciones económicas pertenecientes al sistema de

garantía de ingresos (renta de garantía de ingresos, prestación complementaria de vivienda), ni las prestaciones económicas del sistema de dependencia.

5. Disponemos de un sistema consolidado de prestaciones económicas

La renta de garantía de ingresos, con la prestación complementaria de vivienda, así como las ayudas de emergencia social son, desde el ámbito de la carencia económica, los instrumentos más significativos de prevención de la exclusión en la CAPV. Si atendemos al número de unidades de convivencia que han percibido la renta de garantía de ingresos (RGI) en los últimos años, podemos observar un espectacular aumento (Tabla 2).

Los datos correspondientes a Bilbao se representan en el Gráfico 1. La Tabla 3 sintetiza el gasto en ayudas de emergencia social (AES) en la CAPV y, en concreto, en las tres capitales. La disminución en 2010 se explica por el inicio en ese año de la prestación complementaria de vivienda unida a la renta de garantía de ingresos.

Además, los municipios disponen de ayudas económicas municipales no periódicas (AEMNP) que aportan de su propio presupuesto y que gestionan, en combinación con las ayudas de emergencia social, para hacer frente a situaciones de necesidad (Tabla 4).

Tabla 2. Evolución del número de unidades de convivencia beneficiarias de la renta de garantía de ingresos (CAPV, 2000-2013)

	2000	2005	2007	2009	2012	2013
CAPV	16.550	31.654	36.004	55.410	69.179	74.738
Araba/Álava	2.049	3.958	4.206	7.641	9.642	10.768
Bizkaia	10.376	22.239	25.929	36.839	45.337	47.513
Gipuzkoa	4.125	5.457	5.869	10.930	14.200	16.457

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Lanbide.

Fuente: Ayuntamiento de Bilbao a partir de datos de Lanbide.

Tabla 3. Evolución del gasto en ayudas de emergencia social (CAPV, 2007-2013, en euros)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
CAPV	36.000.000	38.000.000	54.500.000	24.000.000	17.300.000	17.300.000	19.300.000
Vitoria-Gasteiz	4.003.781	4.411.652	6.898.815	2.458.437	2.059.372	2.080.612	2.348.803
Donostia-San Sebastián	2.731.728	2.885.443	4.030.725	1.719.131	1.240.085	1.179.933	1.329.760
Bilbao	10.336.423	10.991.393	14.639.695	5.246.521	3.814.059	3.866.687	4.319.023

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Viceconsejería de Políticas Sociales del Gobierno Vasco.

Tabla 4. Evolución del gasto en ayudas económicas municipales no periódicas (CAPV, 2007-2013, en euros)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Vitoria-Gasteiz	6.784.849,00	4.424.392,00	5.472.128,00	2.283.498,00	2.955.883,00	1.426.277,00	1.426.277,00
Donostia-San Sebastián	4.755.066,66	5.176.599,89	5.946.270,34	2.970.440,01	2.234.163,33	2.213.479,57	2.213.479,57
Bilbao	400.000,00	400.000,00	400.000,00	400.000,00	700.000,00	870.000,00	1.264.000,00
Total	11.939.915,66	10.000.991,89	11.818.398,34	5.653.938,01	5.890.046,33	4.509.756,57	4.903.756,57

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Viceconsejería de Políticas Sociales del Gobierno Vasco.

6. La atención primaria como espacio para la prevención

La inmensa mayoría de las intervenciones desarrolladas en los servicios sociales de base tienen un carácter preventivo. La Ley de Servicios Sociales (12/2008), en su artículo 27.2.a, dice que los servicios sociales de atención primaria “posibilitarán el acceso de las usuarias y usuarios al conjunto del Sistema de Servicios Sociales y atenderán las necesidades relacionadas con la autonomía, la inclusión social y las situaciones de urgencia o desprotección social, con particular incidencia en la prevención de las situaciones de riesgo”.

¿Cómo se llega a una situación de exclusión residencial grave? A partir de estudios realizados y de la larga experiencia de programas y centros que atienden a estas personas, conocemos con mucho detalle las causas que les han llevado a esta situación⁹. Las más frecuentes son las siguientes:

- Problemas económicos.
- Problemas laborales.
- Problemas o conflictos familiares o de pareja.
- Problemas con el alcohol u otras drogas.
- Problemas administrativos (papeles).
- Abandono o salida de institución (menores).
- Propia voluntad.
- Problemas de salud.
- Problemas para mantener el alojamiento.
- Problemas con la red de acogida.
- Problemas con el juego.

A modo indicativo, algunos contenidos que pueden ofrecerse en formato de programas o de intervenciones individuales o familiares en los servicios sociales de base (muchas veces, en colaboración con el sistema sanitario, educativo o vivienda) están relacionados con:

- Las personas adultas que viven solas, algunas con enfermedad mental, otras con síndrome de Diógenes, procesos de incapacitación.
- La atención en situaciones de urgencia en conflictos intrafamiliares: malos tratos, violencia de género.
- Las situaciones de exclusión grave por adicciones, consumo higiénico, reducción de daños.
- Las problemáticas personales o familiares que provocan impagos.
- Los conflictos vecinales.
- Las viviendas de inclusión: programas de vivienda social acompañada (acompañamiento social).

- La colaboración con los servicios y programas de vivienda pública (viviendas municipales, Alokabide, Bizigune).
- La colaboración con los servicios de mediación para afrontar el sobreendeudamiento por créditos hipotecarios.
- Los procesos de separaciones y divorcios.

Por lo tanto, debemos identificar, reconocer –esto es, cuantificar y mostrar– y potenciar las intervenciones, programas y servicios que están dirigidos a la detección e intervención temprana de las causas del listado anterior. Sabiendo que el sistema de servicios sociales no es suficiente para la prevención y el abordaje de todas estas cuestiones, es importante destacar la capacidad de los servicios sociales de atención primaria, que cuentan, entre sus prestaciones, con el acompañamiento social y la relación de ayuda.

7. La exclusión en la Ley 12/2008 de Servicios Sociales

Disponemos de una ley de servicios sociales con un marcado carácter preventivo y comunitario. En ella, se trata la exclusión en seis artículos¹⁰, y ya en la exposición de motivos, reconoce “el crecimiento de las necesidades y demandas de atención asociadas a situaciones de vulnerabilidad y de cronificación de las situaciones de exclusión, marginación y pobreza”. Entre otras, se citan las dificultades de acceso a la vivienda y la precariedad laboral (mujeres, jóvenes e inmigrantes), la insuficiente protección social y las situaciones de aislamiento y soledad (personas mayores), el incremento de las situaciones de conflicto en la adolescencia y las situaciones de desprotección que afectan a personas menores de edad, como consecuencia de múltiples factores socioeconómicos y familiares.

Es probable que pronto dispongamos del Decreto de Cartera de Servicios, que regule así el Catálogo expresado en el artículo 22 de nuestra ley. Dada la importancia del citado decreto, expondré a continuación algunas preocupaciones al respecto.

7.1. Aportación crítica al Decreto de Cartera de Servicios¹¹

Partimos de que el desarrollo de la Ley 12/2008 de Servicios Sociales, además de necesario, puede ayudar a ordenar y trabajar mejor, siguiendo el proceso básico de intervención establecido (ficha social, profesional de referencia, diagnóstico social, plan de atención personalizado y programación individual) y evitando las dispersiones (las personas usan muchos servicios y horas de profesionales muchas veces para lo mismo –o para lo contrario, que es peor–).

⁹ Desde una perspectiva menos formal, véanse Bauer y Boie (2013), y Fuster (2010).

¹⁰ Concretamente, en los artículos 6, 7.e, 22, 27.2.a y 46.

¹¹ Se parte del borrador de enero de 2014.

Podemos decir que el sistema de atención al ámbito de la exclusión ha avanzado mucho, en términos de recursos, profesionalización y de coordinación. Pero hay que aceptar que, en cuestiones operativas, nos movemos todavía en un cierto desorden (no tenemos los procedimientos y la claridad de otras contingencias, como dependencia y desprotección de menores) y los recursos están dispersos, siendo demasiado frecuente la dinámica del circuito asistencial, así como la difícil coordinación entre los ayuntamientos y las diputaciones forales.

Partiendo de un análisis comparado de los recursos previstos para personas en situación de riesgo y exclusión en el artículo 22 de la Ley y en el borrador de Decreto de Cartera de Servicios, ofrecemos las siguientes reflexiones que, naturalmente habrán de ser tomadas con carácter provisional, dado que parten de un borrador, y por ello, sujeto aún cambios. Las dos primeras tienen relación con aspectos conceptuales y el resto pueden ser déficits o incoherencias:

- Respecto a la naturaleza de los servicios (cfr. definición, objetivos, funciones y prestaciones). Da la impresión de que los servicios de atención primaria no se consideran dirigidos hacia un proceso de inclusión (incluso parece evitarse la expresión¹²); sin embargo, los de secundaria se definen así expresamente, incluso en los apartados 2.3.2. y 2.4.5., que se refieren a servicios para atender situaciones más cronificadas. Seguramente ello hace que el servicio de atención diurna (1.7.) no incluya la valoración de seguimiento y el acompañamiento social entre las prestaciones, y que el servicio de atención nocturna (1.8.) no incluya la orientación ni la intervención educativa.

Desde la atención primaria defendemos que no solamente ofrecemos prestaciones de necesidades básicas, sino que intervenimos en un proceso de inclusión (con diagnóstico social, plan de atención personalizado, profesional de referencia), con mejoras evidentes en el proceso de autonomía de las personas.

- En relación a la intensidad de apoyo profesional¹³, se establece una correspondencia directa y exclusiva entre intensidad de apoyo y el nivel de exigencia (excepto en el centro de atención nocturna 2.3.2.). Dicha intensidad de apoyo profesional no ha de estar únicamente en función del nivel de exigencia (del servicio o centro). En mi opinión, lo adecuado es combinarlas teniendo en cuenta la necesidad y capacidad de autonomía de la persona atendida. Por ejemplo, una intervención de baja intensidad (entendida como baja presencia) puede estar indicada para los primeros contactos con una persona sin hogar (atención primaria),

pero también para acompañar a personas que han alcanzado un alto grado de autonomía (atención secundaria). Esto queda expresamente excluido en el servicio vivienda tutelada (1.9.2.). Asimismo, podemos ver indicada una intensidad media-alta para apoyar un momento de crecimiento de la motivación de una persona, en la medida que aumenta el vínculo o acepta iniciar un tratamiento psiquiátrico (atención primaria) y para acompañar un proceso de rehabilitación de adicciones (atención secundaria).

Los servicios de atención primaria están condicionados principalmente por el carácter de acceso directo o la consideración de atención de urgencia, aspectos que pueden llegar a provocar desajustes importantes en el sistema de atención:

- Riesgo de exclusión: no se contempla el servicio de atención diurna ni nocturna para personas en riesgo de exclusión. Estos servicios pueden estar indicados, al menos, para las situaciones de riesgo medio y alto, pero solamente se contemplan en la vivienda tutelada (1.9.2.).
- Duración de la estancia, en el servicio de atención nocturna (1.8.), se establece una semana de estancia máxima, que puede prorrogarse hasta la valoración de la exclusión. ¿Y si no procede realizar esta valoración? ¿Y si la prescripción técnica indica una derivación a vivienda tutelada (1.9.2)? No está contemplada esta posibilidad.

La baja intensidad de apoyo, la baja exigencia y la satisfacción de necesidades básicas –en la práctica– no son coherentes con una estancia de corta duración, especialmente si se trata de personas sin motivación suficiente para acceder a servicios de atención secundaria. Estas personas necesitan atención nocturna de duración media-larga. La vivienda tutelada (1.9.2), por su parte, prevé una estancia de duración corta-media, pero para muchas personas no será suficiente. Habrá que articular programas de acceso a vivienda con acompañamiento.

- Conciencia de situación y motivación de cambio: en el ámbito de la exclusión, ambas cuestiones están muy relacionadas con el momento (oportunidad) y circunstancias de la situación vital de la persona. Una valoración (2.1.) diferida en el tiempo difícilmente se va a corresponder con el estado de motivación detectado en la atención primaria. Por otro lado, la atención primaria se ve abocada a trabajar o apoyar la motivación de las personas con baja intensidad de apoyo profesional.
- Rechazar tratamiento psiquiátrico (enfermedad mental): esta circunstancia se presenta unida a la enfermedad infecto-contagiosa en el requisito administrativo (excepto en el servicio de atención nocturna 1.8.). En la práctica, será muy difícil de gestionar, porque hay muchas personas con alteraciones mentales sin diagnóstico psiquiátrico, además de las personas diagnosticadas sin adhesión a tratamiento.

¹² “Tendente a normalizar su situación” en 1.7. y “transición hacia una situación normalizada” en 2.2.3.

¹³ El grado de intensidad de apoyo profesional, así como el nivel de exigencia, son conceptos que, al no estar definidos, provocan confusión y mucha discusión. Avanzar en este consenso sería positivo para el sistema público de servicios sociales.

- Confusión en la prescripción de servicio de atención nocturna (1.8.) y de centro de atención nocturna (2.3.2.). Las denominadas ‘especiales necesidades o circunstancias’ no queda claro si son o no suficientes para prescribir el servicio 2.3.2. o el 2.4.5., o si es preciso que el servicio de atención nocturna (1.8.) “no pueda responder a las especiales necesidades”. Por otro lado, en el caso del servicio 2.4.5., ¿cómo se compagina con su requisito de necesidad ‘conciencia y motivación’?

8. Evolución en la atención: los recursos han ido mejorando en cantidad y calidad, principalmente en las tres capitales

La evolución de la naturaleza y objetivos de los programas ha girado fundamentalmente en torno a dos ejes: primero, la intervención social entendida no sólo como prestación asistencial (alojamiento, alimento, vestido), sino orientada hacia procesos integrales de inclusión social; y segundo, la progresiva consideración de las estrategias de reducción de riesgos –en muchos casos, imprescindibles y finalistas– como objetivos en los procesos de incorporación. Por otro lado, si nos fijamos en la cantidad y tipología de los recursos, observamos que el avance viene marcado por el aumento de la capacidad de atención (aumento de profesionales, plazas y prestaciones), así como por la diversificación de los programas.

Hay que destacar las experiencias de coordinación que, en este ámbito, se han ido sucediendo en los últimos años. El esfuerzo y la disponibilidad mostrada por profesionales, instituciones y organizaciones públicas y privadas suponen, en este momento, un capital clave para continuar con el desarrollo conseguido. Asimismo, se han ido realizando diferentes experiencias de coordinación entre los servicios sociales municipales con otras áreas municipales, así como con otros sistemas del bienestar, especialmente con el sistema de salud, el de empleo, el judicial y el de vivienda. Todo ello parte de la idea de que el abordaje de la exclusión no es materia exclusiva de los servicios sociales, sino que es imprescindible el concurso de los demás sistemas.

Este claro proceso de mejora se ve condicionado por dos situaciones: el crecimiento en plazas de alojamiento temporal y el efecto embudo en los servicios residenciales de atención primaria.

- a. Crecimiento en plazas de alojamiento temporal
¿Alojamiento temporal o vivienda? Para lograr una adecuada prescripción de recursos, el alojamiento temporal está indicado cuando nos encontramos ante un diagnóstico de necesidad temporal. Éste se da en procesos de rehabilitación, crisis personales o situaciones de emergencia. Nos referimos a situaciones en que la persona no es autónoma y necesita un tutelaje de carácter temporal. Sin embargo, no tiene sentido

si pretendemos cubrir una necesidad crónica o permanente de alojamiento.

Tanto desde la perspectiva de la prevención como de la asistencia, el horizonte está en la vivienda y no tanto en el alojamiento temporal. En este sentido, y en el actual contexto de crisis económica duradera, las prestaciones económicas públicas –renta de garantía de ingresos (RGI), prestación complementaria de vivienda (PCV) y ayudas de emergencia social (AES)– son el instrumento más importante de prevención de sinhogarismo en la CAPV.

La vivienda pública, por sus precios más accesibles, adquiere un significado especial para las personas no incorporadas (o sólo parcialmente) al mercado laboral. Por ello, se hace absolutamente necesaria la colaboración entre las administraciones con el objeto de establecer estrategias y programas que faciliten el acceso a la vivienda de las personas que, por discapacidad funcional o limitaciones para realizar actividades para la vida diaria (AVD), nunca podrán acceder a ella, a no ser que se apoyen en medidas de discriminación positiva.

- b. Efecto embudo en los servicios residenciales de atención primaria

El índice de rotación en los recursos de alojamiento temporal está seriamente limitado por dos cuestiones: por un lado, la tardanza en el acceso a recursos residenciales para continuar procesos de rehabilitación o recuperación (especialmente en enfermedad mental); y en segundo lugar, la falta de alternativas para el acceso a la vivienda (social y libre) y programas que incluyen acompañamiento social (permanente o temporal).

Hace ya algunos años que tenemos detectado este problema en el acceso a los servicios residenciales de atención secundaria. En el momento actual¹⁴, como efecto de la mejora en la atención a personas con enfermedad mental (y en lo relativo a detección y tratamiento), este efecto embudo es una realidad que se hace más evidente. Por lo tanto, el problema se ha trasladado a la salida de la etapa encargada a la atención primaria, y es claramente necesario aumentar las alternativas de alojamiento de media y larga estancia para personas con trastorno mental.

Respecto al avance experimentado en el ámbito de la atención, podemos concluir que es conveniente plantearse una apuesta por la vivienda, con o sin acompañamiento social¹⁵.

¹⁴ A ello está contribuyendo, sin duda, los avances en la cooperación entre el sistema sanitario y el de servicios sociales.

¹⁵ En este sentido, sería interesante realizar algún estudio que nos permitiera cuantificar la demanda real, planteando una hipótesis concreta que incluyera, al menos, aspectos como número de plazas, número de profesionales e indicadores de atención y evaluación.

9. Conocimiento de la realidad, intervención y evaluación

Volviendo al aumento del interés que se observa en la CAPV en los últimos años por el tema que nos ocupa, actualmente disponemos de una serie de valiosos estudios y análisis sobre la realidad de las personas en situación de exclusión residencial grave que, en mi opinión, nos ofrecen algunos resultados significativos:

- Se están dando importantes avances en cuanto al consenso metodológico y conceptual, partiendo de la clasificación ETHOS¹⁶ (Feantsa, 2005), en recuentos o peinados nocturnos (noches S)¹⁷ y utilizando cuestionarios homogéneos en los distintos momentos de las mediciones, lo cual nos permite disponer de series comparables.
- Contamos con una más que aceptable cantidad y calidad de datos en relación a lugares (mapa temático), recursos y situación de las personas.
- Hay un elevado nivel de participación social, concretado en la colaboración entre las administraciones, las entidades del tercer sector, la ciudadanía y la comunidad científica.
- Una mayor y más adecuada visibilización de esta realidad supone avanzar en concienciación y legitimación social de las políticas dirigidas a prevenir y paliar los efectos de la exclusión residencial grave.

Habida cuenta del avance anteriormente expuesto, es preciso añadir alguna propuesta que pueda ser abordada a corto plazo. Por un lado, sería muy interesante dar carácter periódico a los estudios y jornadas técnicas. Sería deseable también que se sumaran a ellos los ayuntamientos de tamaño medio de la CAPV. Por otro lado, es conveniente acompañar los procesos y la metodología de estudio con las recogidas de datos realizadas por el INE y Eustat. Además, es preciso hacer un esfuerzo para que el sistema de atención (diagnóstico, prescripción, derivación, plan de atención personalizado, profesional de referencia) garantice una coordinación formal y una continuidad de la atención. Asimismo debemos seguir avanzando en la homogeneización del registro y la recogida de datos relacionados con el ámbito de la intervención¹⁸.

¹⁶ A este respecto, es preciso valorar la inclusión de la clasificación ETHOS en el Manual de Diagnóstico Social, instrumento común para la CAPV (Decreto 353/2013).

¹⁷ En la CAPV, Bilbao (Deloitte, 2010; Comisión Onartu, 2011) y Donostia-San Sebastián (SIIS Centro de Documentación y Estudios, 2011) han sido escenario de este tipo de estudios; además, en 2012 se realizó una investigación simultánea en las tres capitales vascas (SIIS Centro de Documentación y Estudios, 2013). En el resto del Estado, se han llevado a cabo recuentos nocturnos en Barcelona, (Cabrera, Rubio y Blasco, 2008; Sales, 2012), Zaragoza (Cabrera, 2010) y Madrid (Muñoz *et al.*, 2012).

¹⁸ En este aspecto tenemos un gran camino por hacer en la CAPV. La Ficha Social, el Diagnóstico Social (Decreto 353/2012), y el Instrumento de Valoración de la Exclusión (Decreto 385/2013) nos ayudarán a objetivar, pero es preciso continuar con los planes de atención personalizados, y las prestaciones técnicas, materiales o económicas, por ejemplo.

Además, nos encontramos con un gran déficit en evaluación. Podemos decir que es una de las grandes tareas pendientes. Evaluar la prevención en exclusión es difícil, pero al menos podemos avanzar en identificar lo que hacemos, reconocerlo y analizarlo. Evaluar la atención precisa tener identificados los objetivos (diversos grados) que pretendemos conseguir: ¿qué pasa con las personas después de ser atendidas?, ¿continúan procesos satisfactorios?, ¿fracasan?, ¿son intervenciones puntuales (con valor en sí mismas)? Podríamos preguntarnos en qué medida estamos en un sistema de puerta giratoria.

La evaluación también está relacionada con la sensibilización y legitimación social de los servicios sociales. La ciudadanía debe conocer lo que hacemos, los logros, las dificultades, el gasto. Trabajar el mensaje de que se trata de una inversión en términos de prevención y atención que tiene una gran incidencia en ahorro para otros sistemas (sanitario, justicia, policial). Para que una realidad se reconozca, es preciso nombrarla.

10. Líneas estratégicas en el ámbito de la exclusión

Una vez tratados los principales logros conseguidos y sus déficits, veamos algunos retos que, en mi opinión, debemos plantearnos¹⁹:

- Cooperación entre los sistemas de servicios sociales, vivienda, salud y de empleo (garantía de ingresos), sin olvidar el judicial. Se trataría de dar un salto cualitativo que posibilite realmente entrelazar sus políticas, de avanzar en una cooperación eficaz (más allá del buen entendimiento entre profesionales), operativa, burocratizada lo justo y duradera. Con objeto de detectar y actuar lo antes posible y así prevenir el agravamiento de las situaciones de exclusión, será preciso planificar adecuadamente la cooperación con otros sistemas, especialmente con el sanitario, el de vivienda, el judicial y el laboral.
- Modelo de atención de exclusión en la CAPV. Más allá de la Cartera de Servicios, es conveniente:
 - Profundizar en el procedimiento básico de intervención en la atención primaria (diagnóstico social, plan de atención personalizada - programación individual, profesional de referencia).
 - Establecer el procedimiento de intervención en exclusión entre ayuntamientos y diputaciones.
 - Sistematizar los procesos de evaluación (es preciso confirmar, o no, la hipótesis de recurrencia en el circuito asistencial).

¹⁹ Sobre esta cuestión, puede verse también Aguilar, Llobet y Pérez Eransus (2012); Comisión Europea y Feantsa (2010); Faciam (2010); Fresno, Renes y Tsolakis (2012); Gobierno Vasco (2012); Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011); y Navarro (2013).

- Potenciación de la atención primaria con carácter preventivo y asistencial. Se trata de no llegar a la pérdida de la vivienda. A partir de los decretos de Ficha Social y Diagnóstico Social (353/2012), así como el de Valoración de la Exclusión (385/2013), nos situamos en un nuevo escenario en el que es evidente la necesidad de:
 - Servicios de intervención socioeducativa más diversificados.
 - Servicios de atención diurna donde las personas satisfagan necesidades básicas y avancen en su inclusión social.
 - Servicios de atención nocturna.
 - Viviendas tuteladas o fórmulas similares.
 - Programas de acceso y mantenimiento de la vivienda, quizás unidos a intervención socioeducativa.
- Los servicios de apoyo a la emancipación de menores y jóvenes extranjeros no acompañados. La salida de menores de centros de las diputaciones forales en el momento que se considera que han cumplido la mayoría de edad es una de las causas más frecuente de sinhogarismo en la CAPV. Potenciar los programas de emancipación con apoyo profesional disminuirá mucho el riesgo de estas personas.
- Servicios residenciales con apoyo para personas con enfermedad mental. Como resultado de la mejora de la cooperación entre los servicios sociales y el sistema sanitario, especialmente con la Red de Salud Mental de Bizkaia (RSMB) y, concretamente, con el Programa de Asistencia Psiquiátrica a Personas Sin Hogar con Enfermedad Mental Grave (Duque *et al.*, 2012), hemos experimentado un aumento considerable de personas que se encuentran en procesos evidentes de mejora e incorporación social. Superados los primeros meses de adherencia al tratamiento y normalización social, muchas de estas personas se mantienen en albergues por falta de plazas específicas de larga estancia con acompañamiento social para continuar sus procesos de inserción.
- Empadronamiento a través de los servicios sociales. Supone el acceso a una serie de derechos relacionados con la inclusión y el bienestar. En el ejercicio de la responsabilidad municipal, es preciso que este programa se extienda a todos los municipios que lo puedan necesitar.

Desde la perspectiva de los servicios, propongo prestar una especial atención a:

- La intervención socioeducativa con adultos. La intervención socioeducativa (no solamente ligada a familias con menores) es un instrumento fundamental en una estrategia preventiva del sinhogarismo en el ámbito de los servicios sociales de atención primaria. Desde este servicio, pueden articularse los programas de acceso a la vivienda y mantenimiento permanente (o al menos, a largo plazo) de ésta.

- (2014): “Decreto Foral 5/2014, de 4 de marzo, por el que se regula el procedimiento de acceso a los recursos de inclusión social de atención secundaria dependientes de la Diputación Foral de Gipuzkoa”, *Boletín Oficial de Gipuzkoa*, nº 52, 18-3-2014 [<https://ssl4.gipuzkoa.net/castell/bog/2014/03/18/c1402536.pdf>].
- (2014): “Decreto de Cartera de Servicios” [documento de trabajo, inédito], Vitoria-Gasteiz, Eusko Jaurlaritza-Gobierno Vasco, enero.
- (2013): “Decreto 385/2013, de 16 de julio, por el que se aprueba el Instrumento de Valoración de la Exclusión Social”, *Boletín Oficial del País Vasco*, nº 149, 7-8-2013 [<http://www.lehendakaritza.ejgv.euskadi.net/r48-bopv2/es/bopv2/datos/2013/08/1303530a.pdf>].
- (2013): “Decreto 353/2013, de 28 de mayo, de Ficha Social del Sistema Vasco de Servicios Sociales y del Instrumento de Diagnóstico Social del Sistema Vasco de Servicios Sociales”, *Boletín Oficial del País Vasco*, nº 121, 26-6-2013 [<http://www.lehendakaritza.ejgv.euskadi.net/r48-bopv2/es/bopv2/datos/2013/06/1302907a.pdf>].
- (2008): “Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales”, *Boletín Oficial del País Vasco*, nº 246, 24-12-2008, págs. 31.840-31.924 [<http://www.euskadi.net/bopv2/datos/2008/12/0807143a.pdf>].
- (1998): “Ley 12/1998, de 22 de mayo, contra la exclusión social”, *Boletín Oficial del País Vasco*, nº 105, 8-6-1998, págs. 10.467-10.506 [<http://www.lehendakaritza.ejgv.euskadi.net/r48-bopv2/es/bopv2/datos/2007/07/0703900a.pdf>].
- (1996): “Ley 5/1996, de 18 de octubre, de Servicios Sociales”, *Boletín Oficial del País Vasco*, nº 218, 12-11-1996, págs. 17.578-17.599 [<http://www.lehendakaritza.ejgv.euskadi.net/r48-bopv2/es/bopv2/datos/1996/11/9605350a.pdf>].
- (1982): “Ley 6/1982, de 18 de mayo, sobre ‘Servicios Sociales’”, *Boletín Oficial del País Vasco*, nº 71, 2-6-1982, págs. 1.263-1.273 [<http://www.lehendakaritza.ejgv.euskadi.net/r48-bopv2/es/bopv2/datos/1982/06/8200685a.pdf>].
- AGUILAR, M.; LLOBET, M.; y PÉREZ ERANSUS, B. (2012): “Los servicios sociales frente a la exclusión”, *Zerbitzuan*, nº 51, págs. 9-26 [<http://dx.doi.org/10.5569/1134-7147/51.01>].
- ALIANÇA CONTRA LA POBREZA ENERGÉTICA (s/d) [<http://pobresaenergetica.es>].
- BANERJEE, A.; y DUFLO, E. (2012): *Repensar la pobreza. Un giro radical en la lucha contra la desigualdad global*, Madrid, Taurus.
- BAUER, J.; BOIE, K. (2013): *Una vida cualquiera*, Lóguez Ediciones, Salamanca.
- CABRERA, P. J. (2010): *Estudio sobre las personas sin techo en Zaragoza*, Zaragoza, Cruz Roja Española.
- CABRERA, P.; RUBIO, M. J.; y BLASCO, J. (2008): *¿Quién duerme en la calle? Una investigación social y ciudadana sobre las personas sin techo*, Barcelona, Fundació Caixa Catalunya.
- COMISIÓN EUROPEA; y FEANTSA (2010): *Conferencia de Consenso Europea sobre las Personas sin Hogar*, Bruselas, 9 y 10 de diciembre.
- COMISIÓN ONARTU (2011): *Informe técnico sobre la situación de las personas sin hogar y los recursos de ámbito municipal y foral*, Bilbao, Ayuntamiento de Bilbao.
- DELOITTE (2010): *Análisis de situación de las personas en situación de exclusión residencial grave*,

- Bilbao, Grupo de Trabajo Onartu; Bilbao, Ayuntamiento de Bilbao.
- DUQUE, J. M. (2013): "Investigación sobre exclusión residencial grave en la CAPV", en OLALDE, A.; y LÓPEZ RUIZ DE AZÚA, I. (coords.), *Investigación y trabajo social: dialogando desde la intervención*, Universidad del País Vasco, págs. 143-162.
- (2012): "Redescubrimiento de los servicios sociales de atención primaria: hacia un (nuevo) modelo de atención personal y comunitaria", *Zerbitzuan*, nº 52, págs. 23-44 [<http://dx.doi.org/10.5569/1134-7147.52.02>].
- DUQUE, J. M. *et al.* (2012): "Evolución del Programa de Asistencia Psiquiátrica a Personas Sin Hogar con Enfermedad Mental Grave en el municipio de Bilbao", *Zerbitzuan*, nº 52, págs. 179-190 [<http://dx.doi.org/10.5569/1134-7147.52.12>].
- EUSTAT (2012): *Encuesta sobre las Personas sin Hogar 2012*, Vitoria-Gasteiz, Eustat.
- FACIAM (2010): *10 Propuestas para una estrategia de erradicación del sinhogarismo*, Federación de Asociaciones de Centros para la Integración y Ayuda de Marginados.
- FEANTSA (2005): *ETHOS - European Typology of Homelessness and Housing Exclusion*, Bruselas, Federación Europea de Organizaciones Estatales que Trabajan con las Personas sin Hogar [<http://www.feantsa.org/spip.php?article120&lang=en>].
- FRESNO, J. M.; RENES, V.; y TSOLAKIS, A. (2012): "Estrategia Europa 2020 e inclusión social: distanciamiento creciente entre objetivos, políticas e instrumentos", *Zerbitzuan*, nº 51, págs. 27-47 [<http://dx.doi.org/10.5569/1134-7147/51.02>].
- FUSTER, M. (2010): *Miguel. 15 años en la calle*, Glenat, Barcelona.
- GOBIERNO VASCO (2012): *III Plan de Inclusión (2012-2016)*, Vitoria-Gasteiz, Eusko Jaurlaritza-Gobierno Vasco [http://www.gizartelan.ejgv.euskadi.net/r45-continns/es/contenidos/informacion/actuaciones_documentacion/es_documento/adjuntos/plan_inclusion.pdf].
- LIMÓN, R. (2014): "Los cortes de agua por impago se disparan con la crisis", *El País*, 17-2-2014 [http://sociedad.elpais.com/sociedad/2014/02/17/actualidad/1392670324_651915.html].
- MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD (2011): *Configuración de una red local de atención a personas sin hogar integrada en el sistema público de servicios sociales. 100 Argumentos y propuestas*, serie: Informes, Estudios e Investigación, Madrid, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- MUÑOZ, M. *et al.* (dirs.) (2012): *Operación de recuento nocturno de personas viviendo sin techo en las calles de Madrid. 13 de diciembre de 2012. Principales resultados*, Madrid, Ayuntamiento de Madrid.
- NAVARRO, M. A. (2013): "El fin del sinhogarismo en Euskadi ¿mito o realidad?", *Zerbitzuan*, nº 54, págs. 111-125 [<http://dx.doi.org/10.5569/1134-7147.54.07>].
- SALES, A. (2012): *La situació de les persones sense llar a Barcelona el 8 de novembre de 2011 i l'evolució dels serveis residencials*, Barcelona, Xarxa d'Atenció a Persones sense Llar de Barcelona.
- SIIS CENTRO DE DOCUMENTACIÓ Y ESTUDIOS (2013): *Estudio sobre la situación de las personas en situación de exclusión residencial grave en la CAPV*, Vitoria-Gasteiz, Eusko Jaurlaritza-Gobierno Vasco [<http://www.siiis.net/es/descarga-informes.php?id=257>].
- (2011): *Kale Gorrian. Estudio sobre la situación de las personas sin hogar en Donostia-San Sebastián / Kale Gorrian. Donostian etxerik gabeko pertsonen egoerari buruzko azterlana*, Donostia-San Sebastián, Ayuntamiento de Donostia-San Sebastián; Donostia-San Sebastián, Kale Gorrian [<http://www.siiis.net/es/ver-detalle.php?ref=201365>].
- ZALAKAIN, J. (2014): "Bizitegi-bazterketa Euskadin: kuantifikazioa, ezaugarritzea eta baliabide-mapa / Exclusión residencial en Euskadi: cuantificación, caracterización y _mapa de recursos" [presentación], I Jornadas sobre Exclusión Residencial en Euskadi, Donostia-San Sebastián, 18-2-2014 [http://mintegia.siiis.net/files/presentaciones/joseba_zalakain.pptx].

Las desigualdades sociales en salud: un reto para las políticas públicas¹

Javier Segura del Pozo

Servicio de Prevención y Promoción de la Salud, Instituto de Salud Pública, Madrid Salud, Ayuntamiento de Madrid.

<javier.seguradelpozo@gmail.com>

Gero eta ebidentzia gehiagok jasotzen dutenez, milaka gaixotasun eta heriotza goiztiar ekidingo lirateke, modu eskusibo batean osasun-zerbitzuetan zentratu ordez, determinante sozialetan eskuarteak bideratuko bagenitu. Horretaz gain, bidegabeko eta saiheuts daitezkeen osasun-mailako desberdintasunak daude, eta berauen iturria izaten da gizarte-maila, generoa, etnia, migrazio-egoera edo enplegua. Horiei esaten diegu direla osasun-arloko gizarte-desberdintasunak. Artikulu honetan garatzen dugu kontzeptua, azaltzen ditugu beronen genesirako eredu kontzeptual batzuek, azterlan historiko batzuek jasotzen ditugu, laburbiltzen ditugu gaur egungo polemika batzuek, eta pintzelkada batzuen bidez jasotzen ditugu osasun-arloko desberdintasun-maila gutxiarazteko oraintsu abian diren europar politikak. Bertan nabarmentzen ditugu joandako hamarkadetan garrantzitsuen izandako espainiar azterlan eta ekimenak (Euskadikoak barne direlarik), eta proposatzen ditugu etorkizunerako ikerkuntza- eta ekimen-ildoak. Azkenik, gogoeta burutzen da errealitate konplexu hori osoki ulertzeko epidemiologia sozialaren mugen inguruan, eta aldeztzen da “epidemiologia mestizo” bat.

GAKO-HITZAK:

Osasun-arloko gizarte-desberdintasunak, osasun-arloko determinante sozialak, epidemiologia soziala, medikuntza soziala, politika publikoak.

Cada vez hay más evidencias de que se podrían evitar miles de casos de enfermedades y muertes prematuras si intervinieramos en sus determinantes sociales, en vez de centrarnos exclusivamente en los servicios sanitarios (‘salud no es sinónimo de sanidad’). También de que existen escandalosas diferencias en salud, que son injustas y evitables, por tener su origen en la clase social, género, etnia, situación migratoria o de empleo. Es lo que denominamos desigualdades sociales en salud. En este artículo desarrollamos el concepto, exponemos algunos modelos conceptuales sobre su génesis, presentamos algunos estudios históricos, resumimos algunas polémicas actuales y damos alguna pincelada sobre las políticas europeas recientes para reducir las desigualdades sociales en salud. Señalamos los estudios e iniciativas españolas más relevantes de las últimas décadas (incluidas las de Euskadi) y proponemos líneas de investigación y acción futuras. Finalmente, se reflexiona sobre los límites de la epidemiología social para captar esta compleja realidad, abogándose por una ‘epidemiología mestiza’.

PALABRAS CLAVE:

Desigualdades sociales en salud, determinantes sociales de la salud, epidemiología social, medicina social, políticas públicas.

¹ Este artículo está basado en el libro *Desigualdades sociales en salud: conceptos, estudios e intervenciones (1980-2010)*, Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, Doctorado Interfacultades en Salud Pública, 2013. Se puede descargar gratuitamente desde el blog del autor: Salud Pública y Otras Dudas (<<http://saludpublicayotrasdudas.wordpress.com/>>).

1. ¿Qué es la epidemiología social?

Los estudios de desigualdades sociales en salud intentan mostrar y demostrar la relación entre los estados de salud y la pertenencia a un estrato o condición social. La mayoría de estos estudios se pueden situar en el campo bautizado como epidemiología social. Es decir, utilizan los conceptos y las herramientas de la epidemiología, pero se interesan especialmente por la relación de la salud con el contexto social. Aunque el término 'epidemiología' ya lleva implícito el concepto social (la traducción literal de *epi-demos* es 'sobre el pueblo'), a mediados del siglo XX hubo que añadirle la palabra 'social' a este enfoque de la epidemiología para diferenciarla de la epidemiología dominante. Ésta centraba sus intereses en los factores individuales, especialmente en los llamados hábitos de salud o estilos de vida (por ejemplo, fumar, llevar una vida sedentaria, tener una alimentación inadecuada), o en los conocimientos asociados a las decisiones clínicas (epidemiología clínica), principalmente la prescripción de medicamentos u otros procedimientos terapéuticos.

La epidemiología social tiene un precedente: la medicina social. La medicina social fue un fenómeno fundamentalmente urbano e industrial, que tuvo su origen en la preocupación de los gobernantes por 'las clases peligrosas', concentradas en algunos espacios de las ciudades, fruto de la atracción del proceso de industrialización.

2. El modelo de la caja negra

La revolución bacteriológica (que tuvo a Robert Koch, descubridor del microorganismo de la tuberculosis, el bacilo de Koch, como uno de sus referentes) infundió la idea de que la atención médica, a través del progreso de la farmacopea y de la tecnología sanitaria, erradicaría las principales enfermedades. La anterior preocupación de la medicina social por el diseño de las ciudades, el saneamiento de los barrios obreros, la alimentación de sus hijos, las exposiciones a tóxicos en los lugares de trabajo o la jornada laboral pasaba a un segundo plano, y se consideraba una cuestión que apenas entraba en el campo de batalla de la medicina, sino en el de las luchas sociales.

Pero el avance de las enfermedades crónicas puso en crisis el paradigma mecanicista y bacteriológico imperante en la medicina. Enfermedades como la diabetes, el infarto de miocardio o el cáncer no podían ser explicadas desde el modelo de las enfermedades infecciosas. No se podía aislar e identificar un agente único externo responsable de la enfermedad (por ejemplo, una bacteria) y no había, por lo tanto, una terapéutica específica dirigida a eliminar ese agente externo. La medicina fracasaba frente a estas enfermedades. Sólo podía poner parches para aliviarlas o retrasar su desenlace. Se necesitaba un nuevo modelo causal para explicar la pujanza de estas enfermedades en los países desarrollados.

La epidemiología dominante proporcionó este modelo: el de la multicausalidad, 'la caja negra' y los riesgos individuales. La teoría de la multicausalidad propugnaba que las enfermedades crónicas tenían múltiples factores causales. Hasta ahí bien. Pero el problema es que se desentendía de explicar la relación de los factores entre sí. Todos eran considerados en el mismo nivel de jerarquía. Los factores socioeconómicos (pobreza, paro) se situaban al mismo nivel que los hábitos (fumar, sedentarismo) o las características fisiológicas (hipertensión arterial) o bioquímicas (hipercolesterolemia). Todos los factores individuales eran medidos y metidos en la caja, donde la relación entre unos y otros no era considerada importante y permanecía desconocida (Figura 1). Lo que salía de la caja era la enfermedad, que era medida y comparada con las medidas de los factores de riesgo individuales.

Figura 1. Modelo de la caja negra

Fuente: Segura del Pozo (2013: 32).

El desarrollo de métodos estadísticos de análisis multivariante y de la informática favorecieron estos estudios complejos. Se impulsó así una cultura epidemiológica centrada en el dominio de los métodos, cada vez más complejos y sofisticados, y una fascinación por la estadística y los modelos matemáticos. Frente a ella, el pensamiento causal o la contextualización del problema a partir de lo colectivo y social (que se identifica con lo filosófico-especulativo o las ciencias sociales) y la aplicación del conocimiento para intervenir sobre las causas sociales que generan la enfermedad en la comunidad (más identificado con lo político) se consideraban elementos ajenos al campo de la epidemiología.

El riesgo era concebido como individual (originado en cada individuo, en vez de en el grupo o la sociedad de pertenencia) y no se cuestionaban los mecanismos de producción de la enfermedad (es decir, la relación entre las desigualdades económicas, la explotación o los mecanismos de dominación, con

los factores socioeconómicos; y de éstos con los hábitos de salud o las características fisiológicas, bioquímicas o inmunitarias).

3. ¿Dónde está la araña?

En la década de los sesenta y setenta del siglo pasado, como rechazo al modelo imperante de la caja negra y la multicausalidad, aparecen los que ahora llamamos epidemiólogos sociales. En el mundo anglosajón, destacan nombres como Susser, Syme, Graham o Rose. Muchos de ellos incorporan modelos y métodos provenientes del campo de la sociología o la antropología. En Latinoamérica, la medicina social estuvo bien representada por muchos profesionales, como Hernán San Martín, Héctor Abad, Naomar de Almeida Filho, Cristina Laurell, Edmundo Grandes o Jaime Breihl.

Geoffrey Rose (1926-1993), en su libro *La estrategia de la medicina preventiva* (1994), desarrolla la teoría sobre la distribución del riesgo en las poblaciones. El riesgo individual de enfermar no puede considerarse aislado del riesgo de la población a la que se pertenece. Así, por ejemplo, el nivel de colesterol considerado ‘normal’ en la sociedad finlandesa es causa de alarma en Japón. La principal implicación de la teoría de Rose es que, en vez de preguntarnos por qué este individuo particular enferma, nos debemos preguntar por qué esta población tiene esta particular distribución de riesgo. Frente a las estrategias de prevención centradas en los grupos de alto riesgo (‘estrategias de alto riesgo’), debemos promocionar ‘estrategias poblacionales’, dirigidas a cambiar los condicionantes estructurales de estos riesgos en la población.

La figura de Mervin Susser es un referente obligado en el mundo de la epidemiología social, siendo inseparable de la aportación de su mujer, Zena Stein (n. 1922). Activistas sociales y anti *apartheid* en la Sudáfrica de los años cuarenta, se autoexiliaron en Inglaterra (1956-1965), donde publicaron los primeros estudios a partir de los datos recogidos en Sudáfrica: epidemiología reproductiva (bajo peso, retraso mental, abortos espontáneos) y su relación con la estructura social. También elaboraron sus estudios considerando la exposición acumulativa a riesgos a lo largo de toda la vida (*lifecourse epidemiology*). En su libro *Causal Thinking in the Health Sciences* (Susser, 1991), Susser hace una distinción entre causa distante e inmediata de la enfermedad e introduce la perspectiva ecológica en la epidemiología. Abogaba por considerar diferentes niveles de organización (celular, orgánico, individual, grupal, social) a la hora del diseño y el análisis de datos en un estudio epidemiológico.

Entre los múltiples seguidores de Susser, destacaremos a Nancy Krieger, profesora de la Escuela de Salud Pública de Harvard. Nancy lleva muchos años dedicados a los estudios de desigualdades sociales en salud, especialmente enfocados a integrar las desigualdades de clase y género. Es una especialista de los estudios multinivel, y entre sus desarrollos

teóricos destaca el artículo *Epidemiology and the web of causation: Has anyone seen the spider?* (Krieger, 1994). En él, critica la teoría multicausal de la enfermedad, preguntándose que si existe una telaraña de causas (red causal), por qué no nos preguntamos dónde está la araña que ha tejido la tela, es decir, cuál es la causa última de la constelación de ‘factores de riesgo’.

Latinoamérica tiene una fecunda historia de pioneros en medicina social o higiene social. Algunos son conocidos por sus libros de texto, como el chileno Hernán San Martín (1915-1943), salubrista y antropólogo social, cuya obra *Salud y enfermedad* (1995) fue una referencia para los salubristas que nos formamos a principios de los ochenta en España.

En el último cuarto del siglo XX, aparecieron en Latinoamérica varias concepciones críticas de la teoría y práctica epidemiológica. Gracias a proyectos colaborativos (realizados en torno a asociaciones como la Associação Brasileira de Saúde Coletiva [ABRASCO] o la Asociación Latinoamericana de Medicina Social [ALAMES], revistas como *Medicina Social* o el repositorio de revistas Scielo), que han permitido la difusión y el intercambio de experiencias, actualmente nos encontramos con un sólido polo de investigadores, estudios y prácticas de medicina social. Mencionaremos como ejemplos la epidemiología de las clases sociales (o la teoría de los perfiles epidemiológicos de clase) del Grupo de Quito (Edmundo Granda, Jorge Breilh); la epidemiología laboral (teoría del proceso de producción y salud) del grupo de la UAM-Xochimilco en México (Asa Cristina Laurell); o el movimiento de Salud Colectiva en Brasil, que se agrupó alrededor de ABRASCO², de la Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca-Fundação Oswaldo Cruz³ y de su revista *Cadernos de Saúde Pública*⁴. Naomar de Almeida-Filho es uno de los epidemiólogos más conocidos de este movimiento. Además de investigador, destaca por su profunda formación epistemológica (especialmente alimentada por los pensadores franceses, como Foucault, Castoriadis o Canguilhem), que le ha permitido hacer una interesantísima crítica del concepto de riesgo en epidemiología (Almeida-Filho, 2000) y un esfuerzo titánico de aproximación entre los métodos cuantitativos y cualitativos, entre el mundo de la estadística y el de la antropología. Su propuesta de epidemiología del modo de vida o etnoepidemiología constituye una fecunda aportación al pensamiento epidemiológico crítico.

4. Los funcionarios como conejillos de indias: el estudio Whitehall

Este renovado interés por buscar en lo social el origen de las enfermedades tuvo un notable desarrollo en la Gran Bretaña de las décadas de los setenta y ochenta, y está representado por un estudio y un

² <<http://www.abrasco.org.br>>.

³ <<http://www.ensp.fiocruz.br>>.

⁴ <<http://www.ensp.fiocruz.br/csp/>>.

informe que ya son referencias históricas y marcan un antes y un después en la epidemiología social: el estudio (o los estudios) Whitehall y el informe Black.

En el primero, se utilizan a los funcionarios londinenses como conejillos de Indias, intentando contestar a preguntas como: ¿quién tiene más riesgo de morir por infarto de miocardio: el estresado director general, cargado de responsabilidades, o el modesto y ocioso conserje del ministerio?; ¿se reducen las desigualdades sociales en salud a una cuestión de pobreza?; o ¿el gradiente social de salud se da también dentro de las clases medias, e incluso, dentro de las clases altas?

El estudio de Whitehall (Marmot *et al.*, 1978)⁵ fue un gigantesco trabajo de investigación que consistió en el seguimiento durante más de 10 años (1967-1982) del estado de salud de 17.500 funcionarios estatales (varones de entre 20 y 64 años) del complejo administrativo de Whitehall, en Londres. Se comprobó cómo las tasas de mortalidad (especialmente por enfermedades cardiovasculares coronarias como el infarto agudo de miocardio) eran mayores en los niveles inferiores de la escala jerárquica, en comparación con los niveles ejecutivos, cercanos al nivel político.

El estudio de Whitehall⁶, como otros estudios longitudinales⁷, muestra, sin los sesgos propios de los estudios transversales⁸, que tanto para las enfermedades coronarias como para todas las causas de muerte –excepto las debidas a enfermedades genitourinarias– hay un gradiente entre las diferentes clases ocupacionales (Gráfico 1). Así, el riesgo de morir va incrementándose a medida que se desciende en la escala laboral:

1. Personal de dirección y gerencia.
2. Personal técnico.
3. Personal administrativo.
4. Personal subalterno.

El estudio también señala que los funcionarios de las escalas inferiores mostraban claramente una mayor propensión a tener factores de riesgo para la salud, como la obesidad, el tabaquismo, menos tiempo de ocio, menos actividades físicas, más enfermedades de base, mayor tensión arterial, e, incluso, a tener una altura menor (vamos, que eran más bajos). La diferencia en el riesgo de morir se mantenía con el tiempo, y lo que era más sorprendente, ¡persistía aunque se ajustara⁹ por los factores de riesgo antes mencionados!, como la obesidad, el sedentarismo, el hábito de fumar o los niveles altos de tensión

Gráfico 1. Estudio Whitehall: riesgo de mortalidad masculina, según la categoría laboral

Fuente: Segura del Pozo (2013: 96).

⁵ Véase <<http://www.workhealth.org/projects/pwhitew.html>>.

⁶ Véase <http://en.wikipedia.org/wiki/Whitehall_Study>.

⁷ Aquellos que miden el estado de salud de un grupo de población a lo largo de un periodo de tiempo.

⁸ Aquellos que miden el estado de salud en un momento determinado.

⁹ Se excluyera su influencia.

arterial, glucemia o colesterol. Una vez ajustado por estos factores, el riesgo de morir por enfermedades cardiovasculares era 2,1 veces mayor en los estratos bajos frente a los directivos. Es decir, la diferencia no podía justificarse sólo por malos hábitos de salud individuales (pues estos factores de riesgo individuales no explicaban más del 40% de la diferencia en la mortalidad).

El estudio también fue un intento de evitar algunos de los problemas del uso de la clase ocupacional como aproximador (*proxy*) a la clase social. Por ejemplo, el problema de la heterogeneidad de ocupaciones dentro de cada clase podía dar lugar a diferentes interpretaciones de los resultados, pero el estudio de Whitehall se concentraba en un sector productivo, el de la administración pública, con escasa heterogeneidad dentro de los grados ocupacionales y una clara división social entre grados.

5. Desmontando dos mitos

En cierta manera, se desmontó el mito de que los altos ejecutivos de la Administración, estresados y con la carga propia de la responsabilidad inherente al puesto, estaban desgastando su salud, mientras que los ‘ociosos’ conserjes y los simples administrativos con tareas rutinarias estaban menos sometidos a ese desgaste. Evidentemente, lo que el estudio ponía en evidencia era el riesgo diferencial de morir por pertenecer a clases sociales diferentes. Los altos puestos

de la Administración eran más fácilmente accesibles a las clases altas o medias-altas, al igual que las escalas jerárquicas inferiores solían ser ocupadas por personas con menor nivel de estudios, como consecuencia de su origen de clase más humilde.

Otro mito que intentó desmontar el estudio es que el gradiente de salud en las sociedades industrializadas era simplemente debido a la pobre salud de los más desfavorecidos, frente a la buena salud del resto de la sociedad. Al mostrar que había un gradiente de mortalidad entre los funcionarios británicos, ninguno de los cuales se encontraba entre los pobres en sentido absoluto (ni entre los más ricos de la sociedad), defendió la idea de que el gradiente en salud atraviesa toda la sociedad, desde lo más bajo a lo más alto¹⁰. Es la teoría del gradiente social.

6. Salud no es un sinónimo de sanidad: el informe Black

El informe Black (*The Black Report*), aparecido en el Reino Unido en 1980, demostraría de una forma sencilla, pero con gran solidez científica, que el riesgo de morir (antes de los 65 años) era mayor en las clases sociales más desfavorecidas. El estudio, dirigido por el presidente del Colegio de Médicos del Reino Unido, había sido encargado unos años antes por los laboristas, pero fue recibido por la nueva primera ministra conservadora, Margaret Thatcher. A su pesar, tuvo una amplia difusión mediática, con

Gráfico 2. Informe Black. Tasa de mortalidad estandarizada entre los 15 y los 64 años, por clase ocupacional (defunciones por cada 100.000 habitantes)

Fuente: Segura del Pozo (2013: 96).

¹⁰ Hay un debate entre los que defienden que las desigualdades sociales en salud están asociadas a la pobreza y los que defienden que están presentes incluso dentro de cada clase social.

una edición en libro de bolsillo (Black, 1982), y también la autocomplacencia de la sociedad británica sobre la equidad de su sistema de salud y políticas públicas.

Después de revisar las evidencias y estudios disponibles y los análisis realizados *ad hoc* para el informe, se concluía que en el Reino Unido había unas diferencias marcadas en las tasas de mortalidad de las clases ocupacionales (un aproximador de clase social), en ambos sexos y en todas las edades:

- Si aplicáramos las tasas de mortalidad (el riesgo de morir) de la clase I (profesionales y sus familiares) a las clases IV y V (trabajadores semicualificados y no cualificados, y sus familiares), entre 1972 y 1974 se habría salvado la vida de 74.000 personas menores de 65 años (incluyendo 10.000 niños).
- Lo que más escocía a los británicos era que el gradiente de clase era mayor que en otros países del entorno (¡incluida la tantas veces rival Francia!) y se había incrementado en las últimas décadas (Gráfico 2), a pesar de los cuarenta años de vida del modélico Servicio Nacional de Salud (National Health Service, NHS).

¿Qué es lo que se había hecho mal? Según el grupo de trabajo, gran parte del problema estaba fuera del alcance del NHS: factores socioeconómicos como ingresos, paro, medioambiente, educación, vivienda, transporte y estilos de vida, que afectan a la salud, habían quedado fuera del ámbito de las políticas de salud. Además, las ‘clases manuales’ (con ocupaciones manuales) estaban haciendo un menor uso del sistema de cuidados de salud. Es decir, la defensa de una sanidad pública y universal es muy importante, pero no es suficiente para reducir las desigualdades sociales en salud. Y por lo tanto, sanidad no puede ser un sinónimo de salud.

El informe Black fue un importante impulso para miles de estudios posteriores, a partir de los cuales se ha ido perfilando un cuerpo teórico sobre el concepto de las desigualdades sociales en salud, sobre su génesis y sobre las mejores vías para abordarlas.

7. Qué entendemos actualmente por desigualdades sociales en salud

La hipótesis básica (que, aunque bastante antigua, desgraciadamente todavía es necesario defender, demostrar y propagar) es que las enfermedades ‘no caen del cielo’, no se distribuyen por azar, sino que están profundamente determinadas por la estructura social, política y económica en la que vivimos.

El estudio de la distribución de la mortalidad, la discapacidad y la morbilidad, según clases sociales, género, niveles de educación, ocupación, situación de empleo, etnia, situación migratoria o áreas geográficas de residencia nos permite desvelar estos determinantes sociales de la enfermedad y poner

en evidencia la debilidad científica de la ideología dominante, según la cual enfermar o morir prematuramente estaría condicionado principalmente por nuestra herencia genética, nuestros hábitos de salud libremente elegidos (no engordar, hacer ejercicio, beber con moderación, no fumar), el descubrimiento de una nueva tecnología médica o, incluso, como fruto del castigo divino o el azar. Es decir, que la salud sería prácticamente independiente de los fenómenos sociales y colectivos. Enfermar dependería del destino (determinado por la herencia, la suerte o el designio divino) o sería fruto de una decisión individual previa (cada uno sería culpable de sus propias enfermedades por ‘no haberse cuidado’).

Y es comprensible que socialmente se imponga esta visión de la salud, pues la idea de que enfermaremos más, moriremos antes y con peor calidad de vida dependiendo del país o de la familia donde hemos nacido, el barrio donde crecemos y vivimos, o de las oportunidades de educación, trabajo o ocio que nos haya tocado tener, es muy dura... e incluso, diríamos, que es muy desestabilizadora para el mantenimiento del *status quo* social y político. Si aceptamos esta hipótesis, ya no es suficiente aspirar a tener acceso a un buen médico y a sofisticados recursos diagnósticos y terapéuticos hospitalarios, sino que tendríamos que luchar por una sociedad más justa, si queremos mejorar la salud de todos: la salud colectiva o pública. La salud pasa, de esta manera, de ser un tema médico a convertirse en un asunto ético, social y político, en el que todos tenemos algo que decir.

Puede haber diferencias y desigualdades que no son necesariamente injustas. Si alguien decide libremente ir a esquiar y se rompe una pierna, el hecho de que tenga una fractura y su hermano, que no quiso salir a esquiar, no la tenga no convierte a esa diferencia en salud en una falta de equidad en salud. Y en términos colectivos, el hecho de que quienes practican deportes de riesgo tengan más accidentes tampoco se percibe como algo socialmente injusto.

Sin embargo, tener más posibilidades de enfermar por estar expuesto a un riesgo laboral (por ejemplo, enfermar por un tumor pleural por no quedarle más remedio que trabajar en un ambiente laboral expuesto al amianto) o tener una esperanza de vida menor por ser de clase trabajadora (como consecuencia de tener menores oportunidades de vida, peores hábitos de salud, mayor exposición a riesgos ambientales y laborales, vivir bajo una mayor tensión emocional e inseguridad, tener peores posibilidades de neutralizar las consecuencias de las situaciones críticas: en definitiva, por sufrir un mayor desgaste en salud) es una clara inequidad en salud.

Así pues, para que una diferencia o desigualdad en salud sea considerada una desigualdad social en salud, tienen que darse dos condiciones:

- Que se la considere socialmente injusta.
- Que sea potencialmente evitable (que haya instrumentos para haberla evitado).

Las desigualdades sociales en salud (*inequity in health*) son, por tanto, las diferencias sistemáticas y potencialmente remediabiles en uno o más aspectos de la salud entre grupos o subgrupos de población definidos social, económica, demográfica o geográficamente. Y la investigación orientada a la equidad (*equity research*) es el estudio sobre la génesis y características de las desigualdades sociales en salud, con el propósito de identificar factores modificables por decisiones políticas y acciones programáticas para reducir o eliminar las desigualdades

8. ¿Qué hacer? Las soluciones ‘corriente arriba’ o ‘corriente abajo’

Los estudios de desigualdades sociales en salud no sólo pretenden demostrar la asociación entre determinantes sociales y estados de salud, sino intervenir sobre esos determinantes para mejorar la salud de la población. Para ello, hace falta disponer de conocimientos sobre dónde y cómo intervenir. Es decir, también debemos investigar los mecanismos o vías por los que se producen las diferencias en salud, a partir de las diferencias sociales.

Una de las metáforas conceptuales más operativas es la de las soluciones ‘corriente arriba’ (en inglés, *upstream*) y ‘corriente abajo’ (en inglés, *downstream*). Sirve para conectar (y contrastar) las perspectivas más clínicas de intervención sobre el sistema de cuidados de salud con las de salud pública de intervención sobre las políticas públicas.

El proceso causal entre estratificación social y salud habría que pensarlo como un río (Figura 2), cuya fuente estaría representada por el modelo político, económico y social, que determina las reglas del acceso y distribución de la riqueza. El curso alto del río, fuertemente determinado por las características de la fuente, serían las desigualdades en oportunidades de educación, ocupación e ingresos. Éstas, a

su vez, determinarían el curso medio, los llamados ‘factores intermedios’, una serie de determinantes (posesión de bienes materiales, factores ambientales o laborales, factores psicosociales y hábitos nocivos para la salud), distribuidos de forma diferencial entre los diferentes grupos socioeconómicos. Los bienes materiales incluyen la vivienda, el vestido, el transporte, y las posibilidades de ocio o de ayuda en caso de necesidad. El entorno urbano y ambiental en el que se vive o la exposición a riesgos laborales donde se trabaja son también factores intermedios muy influyentes. Los factores psicosociales incluyen la mediación del estrés a través de mecanismos biológicos (carga alostática), como la liberación de adrenalina (por vía simpático-adrenal) y cortisol (por el eje hipotálamo-hipofisiario-adrenal), que tienen importantes efectos en varios órganos y una demostrada influencia en mecanismos tan importantes para la salud como la tensión arterial, la coagulación sanguínea y la inmunidad. También la cohesión social y el grado de confianza mutua de la comunidad en la que se vive.

Ejemplos de intervenciones o soluciones ‘corriente arriba’ o ‘corriente abajo’ serían:

- En el manantial del río: cambios en las reglas de acceso y distribución de la riqueza, o en las prioridades del gasto público.
- En el curso alto del río: aumento de las oportunidades de empleo, abolir el empleo precario, prevenir el fracaso y abandono escolar, o reducir la pobreza.
- En el curso medio del río: acceso a vivienda de calidad, intervenciones de psiquiatria (promoción de la salud mental y prevención de la enfermedad mental), aumento de la cohesión social (a través de voluntariado, asociacionismo, participación social) o cambio de conductas nocivas en grupos desfavorecidos (a través de la promoción de la salud).

Figura 2. Modelo del río sobre la génesis de las desigualdades sociales en salud y ejemplos de intervenciones para reducirlas, que suponen soluciones ‘corriente arriba’ o ‘corriente abajo’

EPS: educación para la salud. Fuente: Segura del Pozo (2013: 45).

- d. En el tramo final (cuando la mala salud ya está presente): mejora de los cuidados de salud a los desfavorecidos (por ejemplo, eliminar barreras de acceso a los servicios sanitarios).

Las soluciones ‘corriente arriba’ serían más difíciles, pero teóricamente más eficaces, al incidir sobre más factores, o sobre factores con mayor potencialidad causal. Sin embargo, estos factores son menos o nada dependientes del sector sanitario, sino que son modificables por políticas públicas fiscales, educativas, laborales, de empleo, de vivienda, urbanísticas, medioambientales o sociales. Por el contrario, las soluciones ‘corriente abajo’ son más fáciles o sencillas, aunque nunca podrán eliminar el problema de origen. Son, además, más dependientes del sector sanitario (promoción de la salud, reforma de los servicios asistenciales).

9. Las grandes polémicas

El resultado de las investigaciones sobre equidad y salud, y los diferentes modelos sobre la génesis de las desigualdades sociales en salud han llevado a polémicas sobre cuáles son las vías más eficientes para intervenir en la reducción de esta brecha social de la salud. Intentaremos resumir algunas de estas polémicas, frecuentemente presentadas en forma de dicotomías excesivamente simplificadoras.

9.1. Factores materiales frente a factores psicosociales

Una de ellas se pregunta si, a la hora de abordar los llamados factores intermedios, debemos concentrarnos en eliminar la privación material (los factores materiales: ingresos, viviendas, vestimenta, vehículo) o si son los factores psicosociales (prestigio y estatus social, capacidad de afrontar el estrés, nivel

de control en el medio laboral) los elementos fundamentales a considerar (Figura 3).

En muchos estudios, el efecto causal de la posición socioeconómica sobre el estado de salud se considera indirecto, mediado a través de una serie de determinantes que están distribuidos de forma diferencial entre los diferentes grupos socioeconómicos. Algunos de estos determinantes ya los hemos analizado, como los factores materiales, o los hábitos o conductas nocivas. Sin embargo, algunos investigadores dan más importancia a los factores psicosociales como importante contribución a las desigualdades sociales en salud.

Las clases más desfavorecidas tendrían una mayor susceptibilidad general a las enfermedades, al tener que enfrentarse a situaciones de estrés psicosocial que, mediante su repercusión en mecanismos fisiológicos y conductas, pueden favorecer la enfermedad. Así, en el medio laboral los modelos de demanda y control de Karaseck (1998) predicen que puestos de trabajo con un alto nivel de demanda y un limitado campo de decisión o control (por ejemplo, un bajo nivel de autoridad) llevan a experiencias estresantes y a mayor riesgo de cardiopatía isquémica. Estos puestos de trabajo son más frecuentes entre la clase baja.

Como es obvio, no son mutuamente excluyentes: el prestigio/estatus social bajo o la falta de control, que son etiquetados como factores psicosociales, ‘se disparan’ frecuentemente por factores materiales (falta de ingresos o mala vivienda). Por otra parte, los recursos materiales de alguna relevancia en la vida cotidiana tienen asociado un significado psicosocial: ser propietario de vivienda tiene implicaciones materiales, pero también representa cierta seguridad. ¿Tiene sentido preguntar o investigar qué mecanismo es más importante para explicar las desigualdades sociales en salud e intervenir sobre ellas, si la solución en ambos casos pasa por mejorar el acceso

Figura 3. Los factores intermedios

Fuente: Mackenbach (2002).

de la población a los recursos tangibles, a la vez que se empodera a los más vulnerables (fruto de una desigualdad transgeneracional) para enfrentarse a las condiciones de vida y situaciones potencialmente patógenas?

9.2. Desigualdad absoluta o desigualdad relativa

Muy ligada a la anterior polémica es aquella que plantea si es más importante la desigualdad absoluta o la desigualdad relativa. Esta última se refiere a la distancia de posición social y riqueza entre los más ricos y más pobres en un país, región o vecindario, independientemente del nivel de riqueza absoluta de cada clase o estrato social. No sería la riqueza, sino la propia desigualdad la que explicaría las diferencias en salud.

Esta disyuntiva a veces se expresa como las hipótesis del ingreso absoluto o el ingreso relativo. En la hipótesis del ingreso absoluto, la salud individual sólo depende del propio nivel de ingreso. En la hipótesis del ingreso relativo, la salud individual depende también de los ingresos de los otros en la sociedad. El ingreso relativo depende del rango en la distribución de ingresos, de la distancia entre el ingreso individual y el ingreso medio. Si además del ingreso absoluto también importa el ingreso relativo, las personas con bajos ingresos tendrían peores resultados en sociedades más desiguales que en sociedades igualitarias. Ésta es la tesis principal de Richard Wilkinson y Kate Pickett en su libro *Desigualdad, un análisis de la (in)felicidad colectiva* (2009). Sin embargo, hay que considerar que las sociedades más igualitarias que describe Wilkinson y con mejores resultados de salud, en el caso de Europa, corresponden con los países escandinavos, en los que al salario o ingreso directo hay que sumarle el indirecto fruto de unas prestaciones sociales importantes, que aseguran una red de protección colectiva frente a los riesgos para la salud.

9.3. Capital social frente a capital monetario

Por otra parte, a veces se da un gran valor a otros factores intermedios, como la cohesión social o el capital social (Putnam, 2000). Este último concepto se refiere a las conexiones entre individuos y redes sociales, y a las normas de reciprocidad y confianza resultantes. En la pasada década tuvo una gran influencia en muchos epidemiólogos sociales norteamericanos (estudios de comunidad o *neighbourhood studies*), como una variable explicativa de las desigualdades sociales en salud, independiente de los factores de privación material y las diferencias de clase. Las sociedades más igualitarias tendrían mayor cohesión social, mayor confianza en el vecino o vecina, y mayor orientación hacia la solidaridad, lo que permitiría que las personas en peor situación material pudiesen enfrentarse mejor a los retos de la vida cotidiana y mejorar su salud.

9.4. Personas insanas frente a lugares insanos

Muy relacionada con el concepto de capital social está la polémica sobre si se debe dar más o menos importancia al efecto sobre la salud del lugar o del contexto (vecindario, lugar de trabajo, región, país). Se podría enunciar como: 'No solamente importa quién eres, sino dónde vives'. En este efecto, a su vez, se podrían distinguir dos efectos:

- Colectivo: propiedades de los grupos que habitan el lugar (preponderancia de edades, clase social, etnia, nivel de ingresos).
- Contextual: infraestructuras, políticas sociales, ambiente cultural o religioso, influencias medioambientales.

Si hay variaciones espaciales en la salud, nos deberíamos preguntar si tienen una explicación composicional o contextual, es decir, si se deben a las características de los individuos que residen en el lugar o a las características del lugar, pero sin dejar de considerar las interacciones individuales-contextuales. Por ejemplo, sabemos que los factores contextuales afectan más a grupos pobres que a los ricos. Es decir: 'No solamente importa quién eres, sino dónde vives...', pero dónde vives depende de quién eres'. Para poder analizar cada nivel u efecto de forma separada y tener en cuenta las interacciones, se diseñaron –y se han hecho bastante populares entre los epidemiólogos sociales– los llamados análisis multinivel, que son modelos estadísticos con variables que nos hablan de los determinantes en cada nivel.

9.5. La perspectiva de la trayectoria vital

Algunos modelos y esquemas sobre desigualdades sociales en salud, como los anteriormente descritos, no consideran suficientemente la importancia del tiempo. Las enfermedades generalmente ocurren como resultado de una exposición prolongada a factores de riesgo a lo largo de la historia vital (Figura 4). El estatus socioeconómico en la infancia (clase ocupacional de los padres) determina el estatus socioeconómico en la vida adulta y se ha demostrado cómo la exposición a bajos estatus socioeconómicos durante toda la vida supone mayor riesgo de enfermedad que la exposición durante una etapa de la vida. Por otra parte, muchos de los hábitos nocivos (como el tabaquismo) se han formado en la adolescencia, bajo la influencia del estatus socioeconómico de la infancia. Y se ha mostrado cómo las desigualdades sociales en las conductas nocivas son, en parte, el resultado de la adscripción diferenciada a un bajo estatus socioeconómico durante la infancia. Las desigualdades sociales en salud se deberían, pues, a un efecto acumulativo de desventajas a lo largo de la vida.

Las implicaciones de ello para las políticas públicas es que éstas deben priorizar las intervenciones sobre los niños y los jóvenes, además de cuidar especial-

Figura 4. Perspectiva de la trayectoria o curso de la vida (*lifecourse perspective*)

Fuente: Mackenbach (2002).

mente periodos o momentos críticos de especial riesgo, tanto en edades tempranas (el nacimiento, el paso de la enseñanza primaria a la secundaria, la entrada al mercado del trabajo) como más tardías (cambios de trabajo, inicio de una enfermedad crónica, jubilación). Los sistemas de protección social tendrían el importante papel de asegurar que esos periodos críticos no resultaran en desventajas acumulativas.

10. Las políticas para reducir las desigualdades sociales en salud en Europa

La acumulación de evidencias a partir de múltiples estudios, como los anteriormente mencionados, y la constatación del fracaso de las políticas clásicas de salud, basadas en aumentar los recursos clínico-sanitarios y en proporcionar consejos a la población, llevó a muchos países a plantearse, a finales del siglo anterior, dar un paso más en el abordaje de las desigualdades sociales en salud: pasar del estudio a la intervención. El grado de compromiso de estas iniciativas fue variable, quedándose algunas en el campo de las declaraciones programáticas y las intenciones retóricas. Además, mayoritariamente su desarrollo y sostenibilidad ha estado muy determinado por los cambios de Gobierno, o de orientación política, en los respectivos países.

Sin embargo, en el otro extremo tenemos casos en los que el empuje asociado a una firme voluntad política llevó a amplias políticas intersectoriales, referendadas al más alto nivel (incluso parlamentario) y con una importante inversión económica asociada, y que alcanzaban los determinantes sociales estructurales de las desigualdades sociales en salud (distribución de la renta, políticas de empleo y de salario). En ocasiones, estas políticas se comprometían a ser evaluadas por fuentes independientes y mediante indicadores de salud objetivables. En unos pocos casos, las políti-

cas han sobrevivido, al menos, dos legislaturas. Por desgracia, gran parte de los documentos que disponemos para revisar estas políticas de reducción de las desigualdades sociales en salud están escritos en inglés y privilegian, de nuevo, al conjunto de países del área lingüística anglosajona (Reino Unido, Irlanda, países escandinavos, Países Bajos, Canadá, Australia, Nueva Zelanda) y, en menor medida, a Alemania y Francia. Hay muy escasa información de los países latinos europeos y del este de Europa, y menos de los del resto del mundo. Ya hemos mencionado lo infrarrepresentadas que están en la literatura de salud pública mundial las interesantes experiencias de medicina social en Latinoamérica.

De cualquier forma, independientemente de este claro sesgo en relación a la cultura y lengua dominantes, no dejan de destacar, por su interés, las experiencias del Reino Unido y de los países escandinavos. La primera, porque se basa en una rica tradición de salud pública y de interés por las diferencias sociales en salud. La persistencia en el poder de los Gobiernos laboristas durante más de trece años ha permitido la sostenibilidad de un proyecto ambicioso de reducción de las desigualdades sociales en salud, que tiene el principal atractivo de que está bien documentado y se fijó metas evaluables. Por todo ello, posee un enorme valor pedagógico, tanto para las personas que se acercan al tema, como para las que lo estudian desde hace años. Y la segunda, por las políticas públicas en materia de reducción de las desigualdades que desarrollaron las socialdemocracias nórdicas en las últimas décadas. Nos detendremos en ambas experiencias, especialmente en la del Reino Unido.

Las diferencias entre unas y otras políticas se podrían resumir en cuatro aspectos (Hogstedt *et al.*, 2008; Esnaola, 2009a):

- Orientación hacia las poblaciones más desfavorecidas (pobres o grupos sociales específicos o más

vulnerables: minorías étnicas, madres solteras, excluidos, adolescentes embarazadas) o hacia todo el gradiente social. En el Reino Unido, tuvo un original enfoque ‘geográfico’, a medio camino de la dicotomía anterior: se centró en las áreas más deprimidas. Finlandia, Noruega y Suecia optaron por el enfoque de gradiente social, mientras que Dinamarca, Países Bajos e Irlanda lo hicieron por centrarse en los grupos más desfavorecidos.

- Énfasis en los estilos de vida o en los determinantes sociales estructurales: los países que optaron por el enfoque de gradiente social fueron los mismos que ambicionaban cambiar los determinantes estructurales mediante políticas de distribución de la renta, de empleo, de mejora del salario directo e indirecto, o de apoyo para la integración social y el éxito escolar, entre otras medidas. El resto se centraron más en políticas de control del tabaco, el alcohol o la ansiedad, y de promoción de la nutrición sana, el ejercicio físico o de la salud sexual de los jóvenes, aunque muchos de ellos con un abordaje complejo, que incluía las desigualdades sociales en salud en la intervención sobre los estilos de vida.
- El nivel de compromiso político: desde limitarse a ser una prioridad de un departamento de la administración de salud, pasando por ser un compromiso de gobierno de carácter interdepartamental (abarcando varios ministerios no sanitarios) –como ha sido el caso de Inglaterra–, hasta contar con el apoyo parlamentario (que incluye a la oposición política), como ocurrió en Suecia.
- El nivel de enunciación de las metas en términos cuantitativos y de evaluación. Esto sólo era posible en Inglaterra, Irlanda, Países Bajos y Finlandia.

11. La evaluación de la experiencia inglesa (1999-2010)

Durante la primera década del siglo, Inglaterra ha destacado por una actividad febril en materia de desigualdades sociales en salud y un compromiso político explícito en abordarlas. Aunque se pueda considerar imperfecta, y que ya tenía un precedente en una orgullosa tradición previa de más de dos siglos de abogacía de salud pública sobre la pobreza y las desigualdades sociales en salud, el desarrollo de la última década ha supuesto un hito histórico, por alcanzar un alto nivel de estructuración como estrategia nacional e intersectorial en las políticas públicas, como nunca se había visto antes.

La experiencia inglesa de reducción de las desigualdades sociales en salud se recoge en el capítulo firmado por Margaret Whitehead y Philippa Bird en *Health for All?* (Whitehead y Bird, 2008). Las lecciones aprendidas que exponen las autoras son interesantes, pues hablan de oportunidades, riesgos y derivas a la hora de seleccionar y aplicar las estrategias de desigualdades sociales en salud, que podrían

ser del ámbito de toda Europa, incluido nuestro Estado. Se pueden resumir en los siguientes puntos:

- Los desarrollos demuestran que se pueden conseguir logros con la voluntad política, más allá del uso retórico de las desigualdades sociales en salud.
- La experiencia demuestra que cuando la voluntad política se inclina por la acción, los salubristas tienen que estar preparados para contribuir con soluciones. Los políticos demandan respuestas a sus preguntas sobre lo que puede hacerse con los problemas. Entonces se hace patente la escasez de la evidencia sobre la eficacia de las políticas e intervenciones concretas. Esto supone la necesidad urgente de promocionar estudios de evaluación sobre intervenciones complejas de salud pública y de sintetizar la experiencia disponible.
- La experiencia inglesa aporta un ejemplo de lo que pasa cuando se trata de implementar estrategias de amplio espectro. A medida que se desarrollaba el proyecto, ha habido un estrechamiento de los horizontes de la estrategia. El abordaje amplio sobre los determinantes sociales de la salud, por el que se abogaba en el informe Acheson de 1998, fue claramente reflejado en las primeras declaraciones ministeriales y en la primera estrategia de salud pública, *Saving Lives*, publicada en 1999 (Department of Health, 1999). Sin embargo, cuando se realizó el informe del Tesoro (*Treasury Review*), en 2002, y se diseñó la consecuente estrategia en 2003, ya se vislumbraba una tendencia a enfocarse hacia proyectos específicos, diseñados para grupos socialmente desaventajados. Son más fáciles de obtener evaluaciones a escala relativamente pequeña de intervenciones individuales que evaluaciones de políticas sociales amplias. Es más fácil vislumbrar acciones sobre el tabaquismo y la actividad física que sobre determinantes situados más ‘corriente arriba’.
- Ha sido notable el énfasis sobre la privación social, en detrimento del enfoque de gradiente social, ligado a las iniciativas que tenían su diana en áreas pequeñas especialmente necesitadas. Hay un problema particular de pobreza en Inglaterra que merece concentrar esfuerzos para resolverlo. Además, la pobreza se ha concentrado geográficamente en áreas pequeñas, lo que justifica dedicar recursos extraordinarios y esfuerzos para acercar dichas áreas, identificadas como especialmente necesitadas, a la situación media del país. Sin embargo, existe el peligro de concentrarse demasiado intensamente en esta estrategia de área. Uno de los problemas es que hay más gente pobre viviendo fuera que dentro de ellas y, por ello, no se beneficiarían de esta estrategia. También es deseable que se aborden las desigualdades sociales en salud presentes a lo largo de toda la escala social, lo que no se conseguirá poniendo exclusivamente el foco en los más necesitados.

- Las metas basadas en la cuantificación de la mortalidad han resultado problemáticas. No está claro cómo fueron concebidas las metas cuantificadas de mortalidad infantil y esperanza de vida, pero se optó por indicadores relativos. La monitorización de éstos a lo largo del tiempo ha llevado a problemas de interpretación. En términos relativos, las desigualdades de ciertos indicadores han aumentado, al mismo tiempo que las diferencias absolutas han disminuido.
- Por último, debemos destacar las fuerzas que han trabajado en contra de los esfuerzos para reducir las desigualdades sociales en salud. Algunas de ellas se han concentrado especialmente en los conflictos sobre los recursos. Cuando, por ejemplo, la rama asistencial (curativa) del NHS tiene dificultades financieras, los fondos disponibles son desviados a necesidades más inmediatas. Así, disminuir las listas de espera quirúrgicas aparece como prioritario sobre metas a largo plazo ‘más imprecisas’ (‘más blandas’) dirigidas a la salud de la población. También se han desarrollado tendencias neutralizadoras en otros sectores, como el empleo, el comercio y la agricultura, que operan en contra de los deseados cambios en los determinantes de salud. Se necesitará una estrategia de vigilancia continua para asegurar que la estrategia de desigualdades sociales en salud siga activa.

12. Las desigualdades sociales en salud, una preocupación a escala mundial

Si el informe Black de 1980 marcó un antes y un después en la epidemiología social, el informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 2008 fue la culminación de varias décadas de esfuerzos por que el tema de las desigualdades sociales en salud llegara a las agendas políticas internacionales. La Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) de la OMS nació como fruto del encargo de la 57ª Asamblea Mundial de la Salud, de mayo de 2004, de recoger las evidencias sobre las desigualdades sociales en salud y de hacer propuestas para abordarlas. La Comisión, dirigida por Michael Marmot y su equipo de la University College London, reunió un amplio panel de expertos, políticos, organizaciones y líderes sociales, con personalidades de la talla del expresidente de Chile Ricardo Lagos, el senador italiano Giovanni Berlinguer y el premio nobel de Economía Amartya Sen.

El trabajo se organizó en nueve redes de conocimiento (conocidas en inglés como *knowledge networks*) o grupos de investigación sobre otras tantas cuestiones: desarrollo infantil, condiciones de empleo, globalización, sistemas de salud, medio ambiente urbano, métodos, género, exclusión social y prioridades de salud pública. Su tarea era resumir las evidencias disponibles, hacer recomendaciones y ayudar a los comisionados a escribir el informe final. Éste fue presentado más de tres años después (el 28 de agosto de 2008) a Margaret Chan (la nueva directora de la OMS).

El informe final de la CDSS (2008) tenía 246 páginas, organizadas en 6 apartados y 17 capítulos, y su título fue traducido en su versión resumida castellana como *Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*.

El informe de la OMS fue un espaldarazo a los estudios y las políticas de reducción de las desigualdades sociales en salud y a la propia epidemiología social. Después de un tiempo en que esta rama de la epidemiología era marginal al sistema disciplinario-académico dominante, ahora parece que está de moda. No sólo se publican cada vez más estudios de este tipo en las revistas científicas y hay más interés por ellos entre los jóvenes epidemiólogos, sino que ese interés empieza a extenderse a los gobernantes. Una muestra es la incorporación del análisis de situación de las desigualdades sociales en salud, y de objetivos de reducción de éstas, en algunas agendas políticas europeas, nacionales, regionales y locales. También que el enfoque de determinantes sociales de la salud, junto con el de igualdad de género, sean elementos valorados a la hora de financiar proyectos de investigación con fondos europeos. En nuestro país, tuvo una importante influencia en el estudio que ahora veremos, impulsado por el Ministerio de Sanidad y Política Social, y en iniciativas similares de algunas comunidades autónomas y ayuntamientos.

13. La epidemiología social en España

En España, se ha intentado en diferentes momentos históricos de las últimas décadas aprovechar los vientos a favor de los estudios en intervenciones sobre las desigualdades sociales en salud que venían del Reino Unido (informe Black) en los años ochenta y, más recientemente, de la OMS (informe de la CDSS). Además hay que señalar el progresivo avance de la epidemiología social en el mundo epidemiológico español.

No es conocido por muchos el hecho de que, en España, también tuvimos un informe Black, es decir, un informe cómo resultado de una comisión oficial de estudio sobre las desigualdades sociales en salud promovida por el Gobierno de turno, estudio finalizado en 1996 y bautizado como informe Navarro. Sin embargo, al contrario que en el Reino Unido, no tuvo un gran impacto mediático ni generó un debate nacional entre las fuerzas políticas, sindicales y científicas de nuestro país. Por ello, y por las circunstancias políticas que lo rodearon en 1996, no se tradujo en intervenciones para mitigar las desigualdades sociales en salud que sacó a la luz. El informe se tituló *Desigualdades sociales de salud en España. Informe de la Comisión Científica de estudios de las desigualdades sociales de Salud en España* y fue publicado en la *Revista Española de Salud Pública* (Navarro López y Benach, 1996).

Cabe destacar que, en las últimas dos décadas, se han editado una serie de atlas de mortalidad que han con-

seguido describir la distribución del riesgo de morir a causa de las principales enfermedades y problemas de salud, por unidades geográficas cada vez más pequeñas y socialmente más significativas. La mayoría han sido iniciativa de dos grupos de investigadores: uno en Barcelona, liderado por Joan Benach; y otro en Madrid, liderado por Gonzalo López Abente. Además, ambos impulsaron posteriormente el proyecto MEDEA (Desigualdades Socioeconómicas y Medioambientales en la Mortalidad en Ciudades de España)¹¹, liderado por Carme Borrell, que produjo nuevos atlas que profundizaron en el trabajo previo. De los atlas por comunidades autónomas o por provincias, hemos pasado a los atlas municipales, y de éstos, a los atlas por distritos urbanos o secciones censales.

Las diferencias en la distribución geográfica de los riesgos nos han permitido analizar las desigualdades sociales, no sólo porque reflejan las diferenciales sociales, económicas y ambientales entre las regiones españolas, sino porque dentro de las ciudades, el lugar de residencia está fuertemente determinado por la pertenencia a una clase social y la capacidad de compra de la vivienda. Por desgracia, nuestras ciudades siguen estando intensamente segmentadas desde el punto de vista social.

MEDEA ha sido un proyecto de varios grupos de investigación españoles, coordinados desde la Agència de Salut Pública de Barcelona y financiados por el Fondo de Investigaciones Sanitarias (FIS). Lo destacamos no sólo por la rica producción científica que ha proporcionado, sino por haber sido una plataforma de enlace y apoyo mutuo de los grupos de investigación sobre epidemiología social, dispersos por España, y no siempre adecuadamente reconocidos y apoyados por las respectivas administraciones públicas. En Euskadi, destaca el liderado por el epidemiólogo vasco Santiago Esnaola (Esnaola, 2009b), del Departamento de Salud del País Vasco. Este grupo creó recientemente una web, Osagin-Salud Poblacional¹², que ofrece una información exquisita –en presentación gráfica y en contenidos– sobre determinantes de salud, desigualdades y acciones intersectoriales en Euskadi.

Al poco de salir a la luz el informe de la CDSS de la OMS y de iniciarse la segunda legislatura del Gobierno socialista del presidente Zapatero, en octubre de 2008, la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Política Social puso en marcha una Comisión para reducir las desigualdades en salud. Era de nuevo un grupo de trabajo multidisciplinar, coordinado esta vez por Carme Borrell (y en el que el autor de este artículo tuvo el honor de participar con otros epidemiólogos antes citados, entre los que se encontraban Joan Benach y Santiago Esnaola), con el mandato de elaborar, partiendo del conocimiento existente en nuestro país, un documento con medidas de intervención a corto, medio y largo plazo para disminuir las desigualdades sociales

en salud en el ámbito de la salud pública, además de identificar otras áreas de intervención e instituciones implicadas en el desarrollo de aquéllas.

El informe fue presentado durante la presidencia española de la UE del primer semestre de 2010, y se titula *Avanzando hacia la equidad. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España* (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010). De nuevo (informe Black, informe Navarro-Benach), el producto de la Comisión salió en un momento político y legislativo difícil para que se implementaran las políticas recomendadas. La crisis financiera, los modelos y las prioridades sobre políticas de ajuste aplicadas y la presión para disminuir el gasto social han dejado las políticas de reducción de las desigualdades sociales en salud en un segundo plano y con un escaso margen de maniobra. Esperemos que sea una situación coyuntural y que la tozudez de los datos, los estudios y los informes sobre desigualdades sociales en salud, como los que hemos ido presentando hasta ahora, vuelvan a convencer a los políticos, especialmente a aquéllos con responsabilidades de gobierno, de que la riqueza, el bienestar social y la salud de un país no se pueden conseguir a menos que se reduzca la brecha de las desigualdades sociales.

14. Líneas futuras de investigación y acción sobre las desigualdades sociales en salud

Con el camino recorrido hasta aquí, ya hay un cierto consenso sobre hacia dónde debemos dirigir nuestras investigaciones en desigualdades sociales en salud. El principal acuerdo es la certeza de que ya tenemos mucha información y de que ha llegado la hora de actuar. El epidemiólogo social debe pasar de la base de datos a la intervención sobre el terreno. Se deben primar las experiencias de intervención sobre las desigualdades sociales en salud. Especialmente, aquellas que aspiran a ser evaluadas y que, por lo tanto, generarán un conocimiento contrastable y útil, más allá del territorio donde se aplicaron. A pesar de que hay una rica literatura sobre la naturaleza de las desigualdades sociales en salud, se ha hecho mucho menos esfuerzo en investigar cómo intervenir sobre el problema. Como decía Margaret Whitehead en el trabajo de *Health for All?* (Whitehead y Bird, 2008), nos hacen falta:

- Evaluaciones sobre el impacto diferencial de intervenciones de salud pública en distintos grupos sociales. Demasiado frecuentemente, las evaluaciones pasadas se han centrado en el impacto general, controlando por estatus socioeconómico, en vez de estratificar por esta variable. Esto se ha dado incluso en campos relativamente bien investigados, como el control del tabaquismo. Con sólo un pequeño esfuerzo extra, se podría incorporar este análisis diferencial de impactos en evaluaciones ya financiadas.
- Investigaciones metodológicas para desarrollar vías de evaluación de un conjunto de interven-

¹¹ <<http://www.proyectomedeas.org/medeas.html>>.

¹² <<http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-phosago1/es>>.

ciones o ‘sistemas de políticas públicas’. Abordar las desigualdades sociales en salud requiere de combinar intervenciones más que de iniciativas aisladas, pero queda la interrogante sobre cuáles funcionan mejor en combinación y para qué grupos sociales.

- Investigaciones que utilicen más ‘experimentos naturales políticos’, con el fin de ayudar a evaluar el impacto sobre la salud y las desigualdades sociales en salud de políticas públicas más amplias. Esto forma parte de una demanda de hacer un mayor esfuerzo sobre cómo se deben abordar mejor los determinantes sociales de la salud, donde la evidencia disponible es particularmente escasa. Es un área madura para análisis comparativos entre países, que aporten enseñanzas en política internacional.

Por otra parte, tenemos que revisar nuestras clasificaciones de clase social, a la vista de los cambios sociales que vivimos en el siglo XXI, e incorporar mejor el eje de la desigualdad por la situación de empleo. Entre los retos a este respecto, están:

- Repensar la agrupación de clases manuales frente a las no manuales, a la vista del peso que tienen las actividades de servicios (no manuales) en las clases bajas.
- Considerar la multidimensionalidad de la identidad ocupacional. Cada vez son más frecuentes los itinerarios personales en los que se simultanean diferentes ocupaciones o en lo que se transita por varias de ellas a lo largo de una vida.
- Considerar las condiciones de empleo como un determinante muy ‘corriente arriba’ de las desigualdades sociales en salud, que determina no solamente las condiciones de trabajo (los clásicos riesgos laborales) y los ‘factores intermedios’ de las desigualdades sociales en salud (bienes materiales, riesgos residenciales y ambientales, riesgos psicosociales, hábitos de salud), sino la propia posición socioeconómica (de forma bidireccional, ya que el riesgo de ser precario o parado está, a su vez, determinado por la clase social de origen).
- Captar los extremos (y los márgenes) de la pirámide social. Corremos el riesgo de retratar sólo a la clase media (con sus diferentes matices y grados). Debemos esforzarnos en captar, en nuestros estudios y clasificaciones de clase social (muy basados en la ocupación y, más concretamente, en la ocupación estable y única a lo largo de la vida), a los excluidos del mercado de trabajo. Debemos intentar captar las múltiples caras del precariado, las nuevas formas de opresión. Tampoco debemos renunciar a retratar a ‘la clase alta de la clase alta’.
- Estudiar el efecto acumulativo y sinérgico de los factores de la multivulnerabilidad social frente a la salud. ¿Qué pasa cuando se entrelazan factores como ser mujer; ser joven; ser inmigrante; pertenecer a una familia monoparental; tener la

vivienda pagada o hipotecada; tener un tipo de contrato o no tenerlo; tener uno, dos o ningún sueldo en la familia? ¿Cómo integramos estos factores en nuestros estudios? ¿Como factores independientes? ¿Qué agrupaciones hacemos para el análisis?

15. Los límites de la epidemiología social y de sus medidas

Aunque la epidemiología social tiene vocación de construir un nuevo paradigma científico (Kuhn, 2001) que supere el dominante (Susser y Susser, 1996; Krieger, 1994), sus esquemas de pensamiento y su metodología están anclados en la epistemología positivista y determinados por los límites de la estadística (Almeida-Filho, 2000). Como el resto de ‘ramas’ de la epidemiología, opera con un objeto-modelo (Bachelard, 2003) específico, como es el riesgo, y sobre un campo complejo, como es el social (Segura del Pozo, 2006).

La epidemiología social practica una epidemiología observacional, que difiere de la orientación experimental de la epidemiología clínica, basada principalmente en ensayos clínicos, donde el campo de investigación se recorta a una selección de variables de interés clínico de grupos de pacientes aislados de su medio social. Sin embargo, no nos olvidemos que, aunque la epidemiología observacional tiene vocación de estudiar la realidad de forma lo más inclusiva posible, algunos autores (Almeida-Filho, 2004) advierten del riesgo de estar construyendo conocimientos a partir de la relación con un mundo virtual, en el que las bases de datos sustituyen a las poblaciones reales y las operaciones estadísticas y las estimaciones de los perfiles de riesgo con vocación de universalidad sustituyen la escucha de la población y dificultan captar toda la riqueza del complejo proceso de salud y enfermedad.

Otro riesgo de la epidemiología social sería su aislamiento de la realidad social, al estar sus investigadores frecuentemente alejados del campo de la intervención en salud pública (que incluye la llamada epidemiología de campo). En el caso de los epidemiólogos sociales, cuyos principales mentores abogan por la socialización del epidemiólogo, el aislamiento del medio social sería una doble contradicción respecto al nombre que los identifica; por ello, deben huir de la tentación de recluirse en las ‘torres de marfil’ de las universidades o de los institutos de investigación, lugares donde paradójicamente es más factible hacer estudios de desigualdades sociales en salud. Por suerte, en el campo de la epidemiología social, en especial en la latinoamericana (Almeida-Filho, 2003; Waitzkin *et al.*, 2001), tan desconocida en nuestro país a pesar de la proximidad cultural y lingüística, se viene desarrollando la conciencia (y la práctica) de que es necesario incorporar el pensamiento complejo (Pérez Andrés, 2002) y las metodologías de investigación cualitativas para operar sobre la complejidad propia de la sociedad y las

poblaciones, para lo que es necesario construir un nuevo paradigma que incluya categorías propias del subjetivismo, la reflexividad, el determinismo abierto y la elucidación.

La búsqueda de la brillantez metodológica deja insatisfecho a quien está permanentemente en contacto con el campo, que es el ámbito de la complejidad. Los problemas del campo de la salud pública, como problemas sociales que son, tienen difícil solución desde el abordaje profesional individual y desde el método positivista-estadístico. La realidad nunca se ajusta a los modelos, siempre faltan datos o dudamos de su calidad, muchas veces se saben perfectamente las cosas, pero parece que los datos en que uno se apoya no son suficientes o solventes. Siempre hay algo que se escapa (alguna variable forzada, alguna conclusión cogida por los pelos, algo que no acaba de ser verdad del todo). Además, se está abocado a la frustración de no tener la satisfacción de la resolución inmediata de los problemas, ni el reconocimiento social que ello genera, como ocurre en la práctica clínica, con la que están en contacto tan directo los epidemiólogos de campo. Por otra parte, los epidemiólogos sociales estarán permanentemente abocados a la frustración inherente a la dificultad de influir en las políticas públicas (Segura del Pozo, 2006).

16. ¿Es posible una epidemiología (social) 'mestiza'?

Los límites de la epidemiología social, que son los límites de la epidemiología, podrían superarse si los situamos en el método epidemiológico y concebimos la epidemiología como el área de conocimiento que estudia los factores colectivos de la salud y la práctica que contribuye a intervenir sobre ellos. Como tal, la epidemiología, al abarcar lo colectivo, sería una ciencia social. El problema aparece cuando intentamos aprehender cosas del campo colectivo y social con herramientas creadas para el campo biológico e individual, o si nos seguimos aferrando al positivismo en el siglo XXI. El valor que puede tener la epidemiología y la salud pública para la sociedad es precisamente su carácter 'mestizo', entre lo biomédico y lo social, entre lo clínico-individual y lo psicosocial-colectivo, entre lo técnico y lo político, y sus posibilidades de mediación entre ambas orillas. Desde esta apertura fuera de los límites, podríamos pensar en una 'epidemiología (social) mestiza', fruto del mestizaje entre el enfoque de las ciencias biológicas y el de las ciencias sociales y humanas, que incluyera, por otra parte, el uso ecléctico tanto de los métodos cuantitativos como de los cualitativos, superando incluso en algunos casos esta dicotomía (Segura del Pozo, 2007).

Referencias bibliográficas

- ACHESON, D. (1998): *Independent Inquiry into Inequalities in Health. Report*, Londres, The Stationery Office [<http://www.archive.official-documents.co.uk/document/doh/ih/ih.htm>].
- ALMEIDA-FILHO, N. (2004): “Saramago’s all the names and the epidemiological dream”, *Journal Epidemiology Community of Health*, nº 58, págs. 743-746.
- (2000): *La ciencia tímida: ensayos de deconstrucción de la epidemiología*, Buenos Aires, Lugar Editorial.
- ALMEIDA-FILHO, N. *et al.* (2003): “Research on health inequalities in Latin America and the Caribbean: Bibliometric analysis (1971-2000) and descriptive content analysis (1971-1995)”, *American Journal of Public Health*, vol. 93, nº 12, págs. 2.037-2.043 [<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14652329>].
- BACHELARD, G. (2003): *La formación del espíritu científico*, Madrid, Siglo XXI.
- BLACK, G. (1982): *Inequalities in Health: Black Report*, serie: Pelican, Harmondsworth; Nueva York, Penguin Books.
- COMISIÓN PARA REDUCIR LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD EN ESPAÑA (2010): *Avanzando hacia la equidad. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España*, Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior Ministerio de Sanidad y Política Social [http://www.mspsi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta_Politicas_Reducir_Desigualdades.pdf].
- DEPARTMENT OF HEALTH (1999): *Saving Lives: Our Healthier Nation*, Londres, Stationery Office.
- ESNAOLA, S. *et al.* (2009a): “Las políticas para reducir las desigualdades en salud en Europa”, en MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICAS SOCIALES, *Informe de la Comisión de Desigualdades Sociales en Salud* [inédito].
- (2009b): “Desigualdades socioeconómicas en la mortalidad en el País Vasco y sus capitales: un análisis de áreas geográficas pequeñas (Proyecto MEDEA)”, *Estudios Geográficos*, vol 70, nº 267, págs. 443-462 [<http://estudiosgeograficos.revistas.csic.es/index.php/estudiosgeograficos/article/viewFile/125/122>].
- HER MAJESTY’S TREASURY; y DEPARTMENT OF HEALTH (2002): *Tackling Health Inequalities: Summary of the 2002 Cross-Cutting Review*, Londres, HM Treasury.
- HOGSTEDT, C. *et al.* (eds.) (2008): *Health for All? A Critical Analysis of Public Health Policies in Eight European Countries*, Estocolmo, Swedish National Institute of Public Health.
- KARASEK, R. (1998): “Demand/control model: A social, emotional and physiological approach to stress risk and active behavior development”, en STELLMAN, J. M. (ed.), *Encyclopedia of Occupational Health and Safety*, Ginebra, Organización Internacional del Trabajo, págs. 34.6-34.14.
- KRIEGER, N. (1994): “Epidemiology and the web of causation: Has anyone seen the spider?”, *Social Science and Medicine*, vol. 39, nº 7, págs. 887-903.
- KUHN, T. S. (2001): *La estructura de las revoluciones científicas*, México DF, Fondo de Cultura Económica.
- MACKENBACH, J. (2002): “Socio-economic inequalities in health in developed countries: The facts and

- the options”, en DETELS, R. *et al.* (eds.), *Oxford Textbook of Public Health*, Oxford Press.
- MARMOT, M. G. *et al.* (1978): “Employment grade and coronary heart disease in British civil servants”, *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 32, nº 4, págs. 244-249.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL (2010): *Avanzando hacia la equidad. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España*, Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior, Ministerio de Sanidad y Política Social [http://www.mspsi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta_Politicas_Reducir_Desigualdades.pdf].
- NAVARRO LÓPEZ, V.; y BENACH J. (1996): “Desigualdades sociales de salud en España. Informe de la Comisión Científica de estudios de las desigualdades sociales de Salud en España”, *Revista Española de Salud Pública*, nº 70, págs. 505-636 [http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL70/70_5_505.pdf].
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2008): *Closing the Gap in a Generation. Health Equity through Action on Social Determinants of Health*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud [http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf].
- PÉREZ ANDRÉS, C. (ed.) (2002): “Monográfico sobre la investigación cualitativa en salud en España”, *Revista Española de Salud Pública*, vol. 76, nº 5.
- PUTNAM, R. (2000): *Bowling alone. The collapse and revival of American Community*, Simon and Schuster Paperback.
- ROSE, G. (1994): *La estrategia de la medicina preventiva*, Barcelona, Masson; Salvat.
- SAN MARTÍN, H. (1995): *Salud y enfermedad*, La Prensa Médica Mexicana [1ª ed.: 1961, Cuba].
- SEGURA DEL POZO, J. (2013): *Desigualdades sociales en salud: conceptos, estudios e intervenciones (1980-2010)*, Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, Doctorado Interfacultades en Salud Pública [<http://saludpublicayotrasdudas.wordpress.com/>].
- (2007): “Epidemiología mestiza”, *Gaceta Sanitaria*, vol. 21, nº 1, págs. 88-88 [<http://scielo.isciii.es/pdf/gsv/v21n1/carta1.pdf>].
- (2006): “Epidemiología de campo y epidemiología social”, *Gaceta Sanitaria*, vol. 20, nº 2, págs. 153-158 [<http://scielo.isciii.es/pdf/gsv/v20n2/especial.pdf>].
- SUSSER, M. (1991): *Conceptos y estrategias en Epidemiología. El pensamiento causal en las ciencias de la salud*, México DF, Fondo de Cultura Económica.
- SUSSER, M.; y SUSSER, E. (1996): “Choosing a future for epidemiology”, en ALMEIDA FILHHO, N. *et al.* (eds.), *Teoria epidemiológica hoje: fundamentos, interfaces, tendências*, Río de Janeiro, Fiocruz; ABRASCO.
- WAITZKIN, H. *et al.* (2001): “Social medicine in Latin America: Productivity and dangers facing the major national groups”, *Lancet*, vol. 28, nº 358, págs. 315-323.
- WHITEHEAD, M.; y BIRD, P. (2008): “England”, en HOGSTEDT, C. *et al.* (eds.) (2008): *Health for All? A Critical Analysis of Public Health Policies in Eight European Countries*, Estocolmo, Swedish National Institute of Public Health.
- WILKINSON, R.; y PICKET, K. (2009): *Desigualdad, un análisis de la (in)felicidad colectiva*, Turner.

Udalek bermatzen al dute adingabekoen babesgabetasunaren ikerketa eta balioeste egoki bera?

Iñaki Lasa Palacios

<lasainaki@hotmail.com>

Gaur egun hainbat faktore direla medio –krisi ekonomikoa, oinarritzko gizarte zerbitzuen egoera, eskumenen banaketa, profesionalen egoera, etab.–, ondorengo hipotesia otu zitzaidan: haur edo nerabeen arrisku edo babesgabetasun egoeretan, udalerrri guztiek ezin dute bermatu ikerketa eta balioeste egoki bera. Hori argitu nahian, alde batetik, udalerrriek burutzen duten ikerketa eta balioestea baldintzatu dezaketen aldagaiak identifikatu eta aztertu ditut; bestetik, aldagaiak errealitatean duten eragina ikusteko, aldagai horiek Debagoieneko eskualdean duten eragina analizatu dut; eta, azkenik, aztertu dut hipotesia bete den edo ez. Arestian aipatutakoa lortzeko ondorengo pausoak jarraitu ditut: lehenik, aldagaiak identifikatu eta aztertzeko –besteak beste, krisi ekonomikoa, oinarritzko gizarte zerbitzuen egoera– hainbat adituk zenbait aldagaien inguruan burututako ikerketa, artikulu eta gogoeta erabili dut; bigarrenik, udalei eskatutako datuak bildu, aztertu eta ondorioak atara; eta, hirugarrenik, Debagoieneko profesionalen bizipena jasotzeko sakoneko elkarrizketa burutzeaz gain, Malasch Burnout Inventory (MBI) inkesta pasatu zaie haur eta nerabeen arrisku edo babesgabetasun egoeren ikerketa eta balioestea burutzeko ardura duten Debagoieneko profesionalei.

HITZ-GAKOAK:

Adingabeak, arriskua, babesgabetasuna, balioestea, Debagoiena, udalak.

A raíz de diversos factores –la crisis económica, el estado de los servicios sociales de base y el de sus profesionales, el reparto de competencias entre administraciones, etc.–, en este artículo planteo la hipótesis de que, ante situaciones de peligro o desprotección de niños/as o adolescentes, no todos los ayuntamientos pueden garantizar una correcta investigación y valoración. Para ello, he identificado las variables que pueden influir en las investigaciones y valoraciones que realizan los municipios, he analizado la influencia que ejercen en la comarca de Debagoiena y, por último, he tratado de dilucidar si se cumple o no la hipótesis. A fin de recabar información sobre el objeto de estudio, he consultado bibliografía, examinado datos facilitados por los ayuntamientos, entrevistado en profundidad a algunos/as profesionales de Debagoiena, y realizado la encuesta Malasch Burnout Inventory a todas las profesionales de Debagoiena que tienen la responsabilidad de investigar y valorar las situaciones de peligro o desprotección de menores y adolescentes.

PALABRAS CLAVE:

Menores de edad, riesgo, desprotección, valoración, Debagoiena, ayuntamientos.

1. Sarrera

Estatua eta Autonomia Erkidegoak, zalantzarik gabe, oso garrantzitsuak dira adingabekoen babes sisteman, batez ere, haurrak babesteko politikak eta arauak diseinatzeko eta ezartzen baitituzte. Dena den, ez dira garrantzitsuak diren bakarrak; izan ere, eskumen garrantzitsuak ematen dizkiete, Euskal Autonomia Erkidegoan (EAE), 3/2005 eta 12/2008 legeek Lurralde Historikoetako Aldundi eta udalerriei. Foru Aldundiak dira adingabekoen babesgabetasun egoeretan¹ ardura gehien dutenak, baina gogoan eduki behar da udala herritarrengandik gertuen dagoen administrazioa dela. Hori horrela izanik, tokiko araubidearen oinarriak arautzen dituen legeari, eta baita egon diren hainbat Gizarte Zerbitzuen Legeei esker, udalek gizarte zerbitzuak eskaintzeko egitekoa dute. Horren ostean, besteak beste, haur eta nerabeen babeserako 3/2005 Legeak, EAEko udalei beraien herrian bizi eta arrisku egoeran² egon daitezkeen adingabeen kasuak ikertzeko eta balioesteko eskumena finkatu zuen.

Beraz, EAE nahi eta tamaina, baliabide eta errealtate berak ez dituzten udalerriak egon, horiek guztiek bete behar dute aipatutako eginkizuna. Baina udal guztiak prest al daude haur eta nerabeen arrisku edo babesgabetasun egoerak ikertu eta balioesteko? Debagoiena³ oinarri hartuta, herri horietan haur eta nerabeen arrisku eta babesgabetasun egoerak daudenean, ikertzeko eta balioesteko prozesua baldintzatu dezaketen alderdiak aztertu eta hobetzeko proposamenak helaraztea izango du xede lan honek.

Gaur egun hainbat faktoreren eraginez, bereziki krisi ekonomikoa, familia batzuetako kide guztiak langabezian geratu dira, ezegonkortasun laboralean daude edota jasotzen duten soldata baxua da. Horrek familia horietako haur eta nerabeen pobrezia eta bazterkeria eragin dezake; eta, beraz, babes gabe dauden adingabeen kopurua igoarazi dezake.

Kontuan hartu behar da egoera horrek edota beste batzuek eragindako arrisku edota babesgabetasunen aurrean, azterketa eta ebaluazioa burutzen duten teknikariak prestakuntza espezifikoak edukitzea beharrezkoa dela, batez ere, ikerketen eta txostenen

kalitatea bermatzeko. Bestela, 2011. urtean Arartekoak burututako Eusko Legebiltzarreko Txostenak jasotzen duen bezala, azken horien gaineko kexak jasotzen dira. Prestakuntzaz gain, hainbat adituk aipatzen duten bezala, eta, bereziki, Balora tresnak, ikerketa horiek diziplina anitzeko lantaldeetan burutzea ezinbestekoa da, talde psikosozialetan, alegia (gizarte langile eta psikologoa). Izan ere, familiaren alderdi soziala aztertzeko eta adingabeak jasaten duen edo jasan dezakeen kaltea jakiteko funtsezkoa da bai gizarte langilea bai psikologoa.

Udalek zein Foru Aldundiek haur eta nerabeen arrisku edo babesgabetasun egoerak jasotzeko eta ikertzeko eskumenak dituzte, baina lau kasutatik hiru udalen esku geratzen dira (Ararteko, 2009). Udalaren barnean, ongizate sailari dagokio, baina ez daude egoera onean. Esaterako, teknikariak denbora beharrezkoa duten arren, baliabideen administrazioak eta kudeaketak denbora gehiegi kentzen die.

Beraz, haur eta nerabeen arrisku edo babesgabetasun egoeretan udalek burutzen duten ikerketa eta balioestea baliabide pertsonalek, herri administrazioen antolaketa eta funtzionamendu, testuinguru eta bestelako aldagaiek baldintzatzen dute, eta beraz, aurreikusi daiteke udalerrri guztiek ezin dutela ikerketa eta balioeste egoki bera bermatu. Horregatik, aldagai horiei eragin diezaiekeen alderdien inguruan hainbat adituk burututako ikerketa, artikulua eta gogoeta erabili dira.

Behin gaian sartuta eta adituen jakintza aztertuta, eta, beraz, haur eta nerabeen arrisku edo babesgabetasun egoera baten aurrean burutu beharreko ikerketa eta balioestea baldintzatu dezaketen alderdiak identifikatuta, Debagoienean eragina duten aztertu da. Batetik, kuantitatiboki, Debagoieneko udalen datuak baliatuta datu base bat eraiki da; bestetik, kualitatiboki, adingabeen arrisku eta babesgabetasun ikerketak eta balioesteak burutzen dituzten profesionalak ezinbesteko erremintak direla kontuan hartuta, egin behar horretan eragiten dieten alderdien inguruko informazioa eskuratu da sakoneko elkarrizketen bitartez. Are gehiago, profesional horien neke emozionala, erabiltzaileenganako despertsonalizazioa eta beraien lanarenganako errealizazioa aztertu da; batik bat, profesionala bera izan daitekeelako ikerketa eta balioestea baldintzatu dezakeen alderdi nagusietako bat. Horretarako, Maslach Burnout Inventory inkesta erabili da.

Amaitzeko, zera egin da: behin informazioa bilduta eta aztertuta ahulezi, mehatxu, indar gune eta aukerak zerrendatu; ikerketaren hipotesia baieztatzen den aztertu; eta, proposamen batzuk mahairatu, hain zuzen ere, gainbegiraketa taldea, batzordearen oniritzia eskuratzeko eta erregistroa eratzea.

Lan honek Debagoieneko udalerrri guztiek adingabekoen arrisku edota babesgabetasun egoera baten aurrean ikerketa eta ebaluazio egoki bera

¹ Kode Zibilarren 172.1 artikulua “babesgabetasun egoera”: Adingabeak zaintzeko Legeak ezarritako babes betebeharrak ez betetzeagatik, edo ezin betetzeagatik edo gaizki betetzeagatik gertatzen den egoera, betiere adingabea beharrezko laguntza moral edo materialik gabe geratzen denean.

² Adingabearen babes Juridikoaren urtarriaren 15eko 1/1996 Lege Organikoaren 17. artikulua “arrisku egoera”: hauraren edo nerabearen garapen pertsonala edo soziala kaltetzen dutenak, betiere babesgabetasuneko egoera gisa kalifika ez badaitezke, eta, beraz, tutoretza legearen aplikazioz beregain hartzea ez badakarte.

³ Zortzi udalerririk osatzen dute eskualdea 62.813 biztanlerekin (berdintasuna emakumeen eta gizonezkoen artean), Arrasate biztanle gehien dituen udalerria da, 22.049 biztanlerekin, eta Leintz-Gatzaga, ordea, gutxien dituen, 258 biztanlerekin. Eskualdea osatzen duten gainontzeko udalerririk dira: Bergara (14.888), Oñati (11.226), Aretxabaleta (6.997), Eskoriatza (4.064), Antzuola (2.191) eta Elgeta (1.140). Aldiz, adinaren arabera, 0 eta 17 urte bitartekoak 2013. urtean Debagoieneko biztanle osoaren %15,1 izatera iritsi dira, 9432 pertsona, alegia.

ezin dutela bermatu ondorioztatu dezake; eta beraz, adingabearen bizilekuaren arabera babestuago egon daitekeela edo alderantziz. Hala ere, horrek ez du esan nahi gaur egun egiten diren ikerketa eta balioesteak desegokiak direnik, baizik eta hobetzeko premia duela adingabekoak babesteko sistemak, bereziki, arriskuak eta babesgabetasunak ikertzerako eta balioesterako garaian.

2. Haur eta nerabeen babes sistema ongizate Estatuan

Ongizate Estatuak herritarren arteko aldeak gutxitu nahian, eskubide batzuez hornitu zituen herritarrek, adibidez, dohaineko osasun arreta eta heziketa, gizarte segurantzaren sistema (erretiro pentsioa, langabezi prestazioa, etab.), gizarte zerbitzu dohain eta unibertsala, etab. Gainera, eskubideak dira eta horregatik bai estatuak bai agente sozialek, arazo sozialen aurrean erantzun behar dute. Horrela ulertzea ezinbestekoa da; izan ere, adingabekoen babesa bermatzea eskubide bat da, eta, beraz, Ongizate Estatuaren barruan kokatzen da adingabekoak babesteko sistema hori (Wenger, 1997; Roldán eta García Giráldez, 2006).

Dena den, aldeaz aurretik ezinbestekoa da adingabetzat zer ulertzen den argitzea. 1989ko azaroaren 20ko Umeen Eskubideen konbentzioak honela jasotzen du: “18 urte baino gutxiago duen gizaki oro ulertuko da umetat aldarrikapen honek sortu dezakeen ondorioetarako, salbu, aplikatu diezaioketen legedia aintzat hartuta lehenago adin nagusitasuna lortzen duenak”. Espainiako Konstituzioak (EK) bere 12. artikuluan, 1/1996ko Legeak eta Kode Zibilak (KZ) bere 4. eta 5. artikuluetan ere horrela jasotzen dute. Argi utzi behar da, ordea, adin nagusitasuna 18 urte baino lehenago lor daitekeela emantzipazioagatik⁴. Baina ez hori bakarrik, adingabekoak jaio ondoren pertsonalitatea hartzen du (KZko 30. art.), eta gaitasun juridikoa duen pertsona kontsideratzen da, eta eskubide eta betebeharrak batzuk ditu, alegia. Eskubide horietako batzuk Haurren Eskubideen Aldarrikapenean zerrendatzen dira⁵.

Nahiz eta adingabeak gaitasun juridikoa izan, jaiotzeko unean gaitasun juridiko hori bere kabuz aurrera eramateko ezgaia da, eta adinean sartzen doan heinean, pixkanaka pixkanaka, gaitasun hori hartzen doala kontsideratzen da. Beraz, bere eskubide eta betebeharrak betetzeko zailtasunak dituzte. Hori horrela izanik, aitaren, amaren, tutorearen edo zaintzailearen erantzukizuna izango da adingabekoen eskubideak bermatzea eta betebeharrak egikaritzea; izan ere, adingabea ezgaia kontsideratzen den momentutik babesa behar duen subjektutzat jotzen da. Egin behar hori KZren 68., 110. eta 162. artikuluetan topa daitezke.

⁴ Kode Zibilaren 314. artikulua.

⁵ 1/1996ko Legea eta 3/2005 Legea beste eskubide batzuk zerrendatzen dira.

Adingabeak 18 urte bete arte, hots, gaitasun juridiko osoa hartzen duen bitartean, gure ordenamendu juridikoak adingabea babesteko espaziorik eta ordezkorik egokiena familia kontsideratzen du. Baina, arrazoi ezberdinak direla medio, kasu batzuetan familiek ezin diete haur eta nerabeei behar duten babesa eman, eta horiek arrisku egoeran edo babesgabetasun egoeran aurki daitezke. Egoera hori suertatuz gero, umeen eskubideak betetzen ez direnez, herri agintek adingabe horien erabateko babesa bermatu behar dute (1978ko EKko 39.2. artikuluan), eta adingabekoen babes sistema martxan jartzen dute.

2.1. Babes sistemaren marko juridiko eta prozesala

Adingabekoen eskubideak eta horiek bermatzeko bideratutako bitartekoak onartu dituzte nazioartean, besteak beste, Giza Eskubideen Adierazpen Unibertsala (1948), Umeen Eskubideen Adierazpen Unibertsala (1959), Haurren Eskubideei buruzko Konbentzioa (1989). Europan, nazioartean bezala, Europako Gizarte Gutuna (1961), Europarentzako Konstituzioa ezartzen duen tratatua eta Umeen Eskubideen Europar Gutuna (1992) bezalako dokumentuak onartuta daude. Gainera, Europar Batasuneko estatu guztiak behartuak egon dira Europan eta nazioartean izendatutako adingabekoen eskubideak onartzera eta horiek babesteko bitarteko guztiak egikaritzera.

Espainian oinarritzeko legea 1978ko Konstituzioa da, eta bere 39. artikulua adingabekoen eskubideak eta babesa bermatzen du⁶. Hori arautzeko, aldeaz aurretik hainbat lege egon arren, Espainian bakarria egotea lortu zen lege hau onartu zenean: 1996ko Adingabekoen Babes Juridikoarena eta Kode Zibila eta Prozedura Zibileko hainbat artikulua aldatzen duen legea. Hala ere, EKren VIII. tituluak, hain justu, 148.1.20. artikulua, adingabeko pertsonen babes esparrua Autonomia Erkidegoei ireki zien, betiere estatuak legedi penal, zibil eta prozesal mailan dauzkan eskuduntzak errespetatuz gero. Hori horrela, EAEk adingabekoen babesgabetasunaren erantzukizuna bereganatu zuen, 1979ko EAEko Estatuaren 10.12. artikuluan (adingabekoen babesa bermatuko duela arautzen du) eta 10.14. artikuluan (gizarte asistentzia) ikus daitezkeen moduan.

Behin EAEk konpetentzia hauek bere egiten dituztenean, eta EAEko Foru sistemen banaketa berezia dela eta, azaroaren 25eko 27/1983 Legea ezartzen da, alegia, Autonomia Erkidego Osorako Erakundearen eta bertako Lurralde Historikoetako Foruzko Jardute

⁶ Herri agintek familiaren gizarte, ekonomia eta zuzenbide babesa segurtatzen dute; Herri agintek, era berean, seme alaben erabateko babesa segurtatzen dute, horiek, euror jatorria alde batera utzita, legearen aurrean berdinak dira, eta beraien gurasoen erabateko babesa ere, egoera zibila edozein izanik. Legeak aitatasunaren ikerketa bideratuko du; gurasoen ezkontzaren barne ala kanpo izandako seme alabei era guztietako laguntza eskaini behar die, adingabeak direnean eta zuzenbidean hori eskatzen den gainerako kasuetan; umeei euren eskubideen aldeko nazioarteko itunetan aurreikusitako babesa izango dute.

Erakundeen arteko Harremanei buruzkoa. Lege horren 7c) 1. eta 2. artikuluan esaten denez, haur eta nerabeen laguntza sozial eta politikorako gaietan Erakunde Komunuen legedia lurraldeen barruan indarrean sartzeko eskuduntza foru erakundeei dagokie, eta erakunde komun horiek zuzenean ere jardun dezakete. Foru Aldundiez gain, baita udalek ere, 1982ko maiatzaren 20ko lehen Gizarte Zerbitzuen Legearen, eta bereziki Toki Araubidearen Oinarriei buruzko apirilaren 2ko 7/1985 Legearen bitartez⁷, gizarte zerbitzuen eskumenaren zati bat bere gain hartu zuten. Eskumen hau 5/1996 Gizarte Zerbitzuetako Legean berretsi egin zen⁸. Beraz, Eusko Jaurlaritzak, Foru Aldundiek eta udalek adingabeak babesteko eskumena eskuratu zuten.

Garai horretan, EAEko herri administrazioek adingabeen babes sistemaren gainean alderdi batzuk bakarrik zituzten aratuak, hezkuntza eta osasuna, alegia. Beste arlo garrantzitsu batzuk, ordea, ez; esate baterako, arrisku egoeran edo bazterkeria egoeran dauden haur eta nerabeen arloa. Hori horrela izanik, Haurrak eta Nerabeak Zaintzeko eta Babesteko otsailaren 18ko 3/2005 Legeak hutsune hori bete nahi zuen, eta horretarako, jarduteko printzipioak eta herri administrazio bakoitzari dagokion eskumenak finkatu zituen, bai udalei⁹ bai Lurralde Historikoei¹⁰, eta baita Eusko Jaurlaritzari ere. 12/2008 Gizarte Zerbitzuen Lege berriak ere jasotzen ditu 41.6. eta 42.5. artikuluetan. Behin legeek herri administrazio bakoitzari bere eginkizunak zehaztuta, arrisku eta babesgabetasun egoerak zehazte aldera erreminta tekniko komun beharra bermatu zen.

Hala ere, behar hori aspaldidanik nabarmendu zen. Orain dela urte dezente, jada, adingabeak babesteko arrisku faktoreen inguruko ikerketak hasi ziren mundu mailan, baina 90. hamarkadan hasi ziren Ameriketako Estatu Batuetan (AEB) berau baloratzeke hainbat tresna eta eredu erabiltzen. Hala nola, gaur egun oso eraginkorrak diren tresnak aurki daitezke, MARAI izenekoa, esate baterako (Simó-Teufel, 2004). Garai horretan EAE ez zegoen erreminta komunik, herri administrazio bakoitzak erreminta tekniko propioak erabiltzen zituen¹¹, eta administrazioek babesgabetasun egoera beraren aurrean balorazio

ezberdinak egitea ahalbidetu zezaketen. Horregatik, herri administrazio guztiek adingabeen babesgabetasuna balioesterako orduan erreminta tekniko komunak erabili behar zituztela eskatzen zuten hainbat ahotsek (Lezana, 1997; Ararteko, 1997; De Paúl, 2009), eta horrela jaso zen 3/2005 Legearen 49. artikuluan, baita 2011. urtean errealitate bilakatu ere, BALORA-Euskal Autonomia Erkidegoko Haur eta Nerabeen babeserako Udal eta Lurralde mailako Gizarte Zerbitzuetan arrisku eta babesgabetasuneko egoeren larritasuna balioesteko tresnaren bidez (230/2011 Dekretua, azaroaren 8koa).

Tresna horrek familia baten barruan gertatu daitezkeen arrisku eta babesgabetasuneko egoera edo tipologia ezberdinak jasotzen ditu, baita jarraitu beharreko prozedura ere: jakinarazpena, lehenengo balioespena, kasuaren ikerketa, egoeraren larritasuna zehaztea, herri administrazioaren eskumena finkatzea eta eskuartzea aurrera eramatea.

3. Haur eta nerabeen babesgabetasun ikerketan eta balioestean eragin dezaketen alderdiak

3.1. Krisi ekonomikoa eta haurrak

2007. urtean hasi zen krisi ekonomikoa eta finantzarioak, gaur egun ere, jarraitzen du ondorio txarrak ekartzen Europako estatu guztietara, eta herritarren ingizatean eta bizi kalitatean eragin zuzena dauka. Espainiaren kasua berezia da: higiezin burbuilaren krisiak merkatuaren egonkortasuna zalantzan jarri du, familiek zor handia pilatu dute eta bankuek kobratzeko zalantza kredituak bereganatu dituzte. Lanaren beharakada eta langabeziaren gorakada eragin du horrek, eta biztanleriaren zati handi bat pobrezia arriskuan edota bazterkerian dago. Gehienetan pertsona helduetan zentratzen garen arren, adingabeak ere aintzat hartu behar dira, beraiek baitira arrisku gehien jasan dezaketenak menpekotasun ekonomikoa, sozial, parte hartzaile, legal eta politikoa baitute. Besteak beste, 2007-2009 bitartean, adingabeen pobrezia % 45 hasi dela ikus daiteke (Navarro, 2012).

Krisi ekonomikoa familiak gastuak moldatu behar izan dituzte. Horren isla da 2006-2009. urteen bitartean aisialdia, arropa eta oinetakoak bezalako gastuetan izan zen beharakada, baita 2009. urtetik elikadura eta etxebizitza bezalako gastuetan gertatu den murrizketa ere. Unicef-ek familien % 41ek elikagaien kontsumo ohiturak aldatu dituela nabarmendu du (González-Bueno, Bello eta Arias, 2012).

Egoera saihesteko administrazio publikoek paper protagonista eduki beharko lukete, baina Espainiak haur pobrezia aurre egiteko babes politiketan defizit nabaria du. Ildo beretik, 2012. Urtean Clua-Losada eta Sesék (2012) burututako ikerketak jakinarazten du hirugarren sektoreak eta

⁷ 25. k) artikulua: Gizarte zerbitzuak, gizarte sustapeneko zerbitzuak eta gizarteratzeko zerbitzuak ematea.

⁸ 12.1. artikulua: udalerrri guztiek izango dute oinarritzko gizarte zerbitzuak.

⁹ Arrisku egoeretan, oinarritzko aipatutako eginkizuna zerbitzuek kasua hartu eta ikertu egin beharko dute, baloratu eta bideratu, eta, beharrezkoa baderitzote, komunitatearen esparrutik eskuartu beharko dute.

¹⁰ Babesgabetasun larriaren zantzuak ageri diren egoeretan, haurrak eta nerabeak babesteko lurralde zerbitzu espezializatuak hartu egin beharko dute kasua, dagokion oinarritzko gizarte zerbitzu, beste edozein erakunde edo pertsonen jakinarazitakoa ikertu egin beharko dute eta balorazio osagarri bat egin, egoeraren larria zehazteko eta kasua nola bideratu erabakitzeke. Eta egoera larria dela baieztatzen bada, zerbitzu espezializatu berak eskuartu beharko du, oinarritzko gizarte zerbitzuarekin elkarlanean; egoeraren arriskua txikia edo ertaina denean, aldiz, eta zerbitzu espezializatuaren eskuartzea beharrezkoa ez denean, oinarritzko gizarte zerbitzuari igorri beharko dio kasua.

¹¹ Gipuzkoan esaterako, Arruabarrena (2004).

administrazio publikoek ez dituztela ziurtatuta haur eta nerabeak babesteko baliabideen finantziazio iturriak. Unicef-ek, berriz, 2012ko estatuko aurrekontuetan ongizate estatuari bideraturiko gastuetan gertatutako beherakada nabaria salatzen du (González-Bueno, Bello eta Arias, 2012).

Umeak etorkizuneko garapen ekonomikoaren, kulturalaren eta sozialaren subjektu aktiboak dira, eta, beraz, horiek babestea ezinbestekoa da. Halere, krisi ekonomikoak eragin zuzena du haur eta nerabeen arrisku edo babesgabetasunean, baita ikerketa eta balioesteetan ere. Batetik, familia askok bizi duen krisiak adingabeak arrisku edota babesgabetasun egoeraren kopurua handitzea erraztu dezakeelako; eta bestetik, estatuaren eta administrazio publikoen mantentze edota murrizte politikek adingabekoen babes sistemaren baliabideak mantentzeko segurtasunik bermatzen ez dutelako.

Argi gelditzen da orduan, adingabekoen babesgabetasun ikerketetan eta ebaluazioetan eragin handia izan dezakeela krisi ekonomikoak; batetik, familia askok bizi duen krisiak adingabeen arrisku edota babesgabetasun egoeraren kopurua handitzea errazten baitu; eta bestetik, estatuaren eta administrazio publikoen mantentze edota murrizte politikek Ongizate Estatuaren, eta beraz, adingabekoen babes sistemaren, baliabideak mantentzeko segurtasunik bermatzen ez baitu. Ez hori bakarrik, krisiak eragindako pobrezia tasaren hazkundera oinarri hartzen bada, baliabideak mantendu beharrean handitu egin beharko lirakeke, baina alderantzizkoa gertatzen ari dela salatzen dute hainbat eragilek.

3.2. Diziiplina anitzeko lantaldeak eta prestakuntza

Haur eta nerabeekin lan egiten duten profesionalak jabetzen dira beraien eginbeharren konplexutasunaz, baita izaten dituzten arazoez ere. Arazo eta eginbehar konplexu horiek estres egoerak sorrarazten dizkiete, eta profesional askok ez du bere burua prestatuta ikusten haur eta nerabeen arrisku edo babesgabetasun egoerei aurre egiteko (Ararteko, 1997). Hori ekiditeko, ezinbestekoa da adingabekoen tratatu txar tipologiak, adierazleak eta notifikazio bideak ezagutzea, eta horretarako prestakuntza berezia behar dute profesionalak (Pardo, 1997; Lezana, 1997). Hain justu, EAEko 3/2005 Legearen 45. artikulua profesionalak prestakuntza derrigorrezkoa dutela jasotzen du, eta adingabekoen arrisku edota babesgabetasun egoeretan eskumena duten herri administrazioek beraien langileei prestakuntza ematea betebeharrak bilakatzen du. Baina SIIS-ek (2011) egindako ikerketak hau dio: ikertutako udaletako oinarritzko gizarte zerbitzuetatik bi herenek bakarrik dutela etengabeko lanbide prestakuntza jarraiturako programa, eta programa duten horietako ia erdiek prestakuntza horietara joateko zailtasunak izaten dituztela. Beraz, betebeharrak bat izan arren, kasu askotan langileek ez dute jasotzen behar duten etengabeko lanbide prestakuntza.

Prebentzioa funtsezkoa da, eta profesionalak etorkizuneko prebentzioa erronkatzat hartzen dute. Horrekin bat dator Arruabarrenak eta De Paúlek (2011) burututako ikerketa¹². Batik bat, bertan, egoera beraren aurrean profesionalak diagnosi ezberdina burutzen dutela nabarmentzen baita; eta, beraz, haur eta nerabeen arrisku edo babesgabetasun ikerketa eta balioestea profesionalaren arabera baldintzatu daitekeela. Dena dela, horren kontrako iritzia ere ikus daitezke (Ruscio, 1998; Molina, 2010). Oso argi dago, ordea, teoria praktikan lagungarria dela.

Prestakuntzaz gain, diziiplina anitzeko lantaldeak ezinbestekoak dira. Lantalde horiek talde psikosozialak dira, eta gutxienez, gizarte langileez eta psikologoek osatuak egon behar dira, nahiz eta udal zein lurralde historikoetako gizarte zerbitzuetan egon (Balora tresna, 2011). Baina errealitatea ez dator bat. Gizarte langileak udal guztietan daude, psikologoak, ordea, oso udal gutxitan, gehienbat udal handietan. Psikologoak oso garrantzitsuak dira, besteak beste, adingabekoen eta familiako gainerako kideen egoera emozionala jakiteko, eta familiako kideen arteko erlazioak diagnostikatzeko, tresna espezifikoak maneiatzen baititu (Arruabarrena, 2009). Beraz, baliabide profesionalak eta horien gaitasuna bermatu behar da haur eta nerabeen arrisku edo babesgabetasun ikerketa eta balioesteek behar duten balioa edukitzeko (De Paúl, 2009).

De Paúlek zera dio: oinarritzko gizarte zerbitzuetan baliabide profesionalen gaitasuna bermatu behar da haurren babesgabetasunaren inguruko ikerketa eta ebaluazioak behar duen balioa edukitzeko. Aipatutakoa oinarri hartuta, udalek, beraien helburuak eta funtzioak bete ahal izateko talde psikosoziala beharrezkoa dute. Errealitatea beste bat da, ordea. Udal batzuetan baliabide profesional ahulak topa daitezke, adingabeen babes sistemaren oinarritzko zatietako batean, ikerketaren balioeste fasean, alegia. Egoera horrek, udal batzuek ikerketa eta balioestea burutzerako garaian, zailtasunak izatea ahalbidetu dezake.

3.3. Oinarritzko Gizarte Zerbitzuen egoera

Oinarritzko gizarte zerbitzuak ezinbesteko bihurtu dira biztanleriari arreta soziala eskaintzean; azken finean, Euskal Autonomia Erkidegoko herritarrek gizarte zerbitzuen sisteman sartzeko ate nagusia

¹² Ikerketaren helburua Haurrak Babesteko Zerbitzuaren (HBZ) lan egiten duten profesionalak babesgabetasun mailaren inguruan duten adostasuna eta baliostasuna eta balorazioan eragina izan dezakeen umeen eta familien kanpo aldagaiak ezagutzea. Bi ikerketa independente gauzatu ziren bakoitza erkidego batean HBZko 515 eta 168 profesionalekin zehazki. Haurren babesgabetasunaren hainbat larritasun maila irudikatzen zituzten irudien aurrean jarri zitzairen eta beraien ohiko erremintekin baloratu egin behar zituzten. Bi ikerketek erakutsi zuten oso profesional gutxi kalifikatu zutela ongi egoera guztiak, eta askok akats asko eduki zituztela. Inongo egoeraren gainean ez zuten %80 baino gehiagoko adostasunik izan profesionalen artean eta sexua, esperientzia kopurua, lanaldiaren dedikazioa, lan egiteko erakundera, prestakuntza profesionala bezalako faktoreek eragindako datu esanguratsurik ez zen topatu.

bertain aurkitzen baitute. Ohikoena da, beraz, udalerrri bakoitzak bere oinarritzko gizarte zerbitzuak edukitzea, bere anbulatorioa edota medikuak izaten dituzten moduan. Horren harira, Arartekoak, 2010. urtean oinarritzko gizarte zerbitzuen inguruko azterketa eta gomendioak jasotzen dituen txostena plazaratu zuen. Ondorengo datu esanguratsuak jasotzen ditu:

- Lehenik, nabariak dira EAEn aurkitu daitezkeen oinarritzko gizarte zerbitzuen arteko ezberdintasunak, errealitate eta biztanleria profil asko topa baitaitezke, eta horrek errealitate bakoitzera egokitzen dira. Dena den, zenbait garapen ere ahalbidetzen ditu: udal bakoitzaren irizpide teknikoak eta politikoen arabera; antolaketa eta garapen ekonomikoen arabera; eta lurralde historikoen arabera. Positiboa izan daiteke, baina kezkatzekoa ere bai, batez ere, eskaintzen dituzten zerbitzuetan, pertsonalean, gizarte zerbitzuei bideratutako aurrekontuetan, arreta orduetan eta abarretan ezberdintasunak topatzen direnean. Horiek haur eta nerabeen arrisku eta babesgabetasun ikerketa eta balioesteak baldintzatu ditzakete, eta beraz, haurra edo nerabea herri batean bestean baino babestuago egon daiteke.
- Bigarrenik, azkeneko urteetan gizarte zerbitzuen aldeko apustua egin da, 1997-2007 bitartean gastu sozialaren gorakada % 62koa da, eta oinarritzko gizarte zerbitzuek gero eta egiteko gehiago jaso dute. Hala ere, ez da proportzio berean hasi funtzio horiek burutu behar dituzten profesionalen kopurua. Proportzionaltasun ezak ekarri du lan karga handitzea eta eskuartzeak azkarrak eta kudeaketara bideratuak izatea; eta beraz, ez da erraza bermatzea 12/2008 Legeak aipatzen duen gertuko eta kalitatezko gizarte zerbitzuak egotea.
- Hirugarrenik, Euskal Gizarte Zerbitzu Sistemaren deszentralizazioa aipatzen da, hau da, neurri handi batean gizarte zerbitzuak udal administrazioen esku geratzen ari dira. Alderdi positiboak daude, malgutasuna eta gertutasuna, baina negatiboak ere bai, berdintasuna eta ekitatea bermatzeko zailtasuna. Kontuan hartu behar da zentralizazioak ere bere alderdi negatibo eta positiboak dituela; horregatik, egokiena bien arteko oreka bilatzea da (Castélls, 2003), nahiz eta oso konplexua den. Garrantzitsuena herriaren tamainaren eta herriko udalak dituen egitekoen arteko oreka mantentzea da, eta funtsezkoa da kasu horietan Lurralde Historiko bakoitzak duen papera (Ararteko, 2010).

Gizartea entzutea beharrezkoa da Gizarte Zerbitzuen gaur egungo egoera zein den aztertu ahal izateko. Ilde horretatik, SIIS-ek 2011. urtean, Eusko Jaurlaritzaren laguntzarekin, Gizarte Zerbitzuen Euskal Kontseiluaren lehenengo txostena burutu zuen. Ondorengo nabarmendu daiteke: herritarren ustetan Gizarte Zerbitzuen kalitatea jaitsi egin da; profesionalak, berriz, orokorrean ongi baloratzen

dute; krisi garaian egon arren, 4tik 3k gastu publikoa handitzea beharrezkoa ikusten du; galdetutako en ediek begi onez ikusiko lukete gizarte zerbitzuen onuradunen ordainketa handitzea (menpekotasun arloari egiten dio erreferentzia eta patrimonioa duenari).

3.4. Haur eta nerabeen babesgabetasun ikerketa eta balioespenean parte hartzen duten profesionalak

Arestian aipatu legez, profesionalak zalantzak edukitzen dituzte zenbait aldagaik ikerketa eta balioestea baldintzatu baitaitezakete. Martín Hernández-ek (2005) aldagai hauek bereizte ditu: bat, kasuarekin zerikusia dutenak (kasuaren larritasun maila eta eskuartzeak eskatzen duen azkartasuna); bi, ingurunekoak (presio soziala eta erakundearen presioa); hiru, profesionalak (kasuaren inguruan profesionalak duen informazioa eta inguruko baliabideak); eta lau, pertsonalak (profesionalaren baliabideak, prestakuntza eta esperientzia profesionala, alegia; eta, balore eta jokabide pertsonalak ere bai). Adibidez, AEBtan burututako zenbait ikerketak familia hispanoetako seme alaben tratu txar jakinarazpen gehiago egiten direla erakutsi dute, baita umeak familiarengandik banatzeko erabaki gehiago hartzen dutela ere (Molina, 2010).

Martín Hernández-ek (2005) burututako zerrendan aldagai pertsonalek zeresana dutela aipatzen du. Hala nola, esperientzia profesionalak hartu beharreko erabakia baldintzatu dezake: zenbat eta esperientzia gutxiago, orduan eta garrantzi gutxiago ematen zaio arriskuari, banaketak gehituz; eta, zenbat eta esperientzia gehiago, ordea, orduan eta aukera gehiago ematen zaie familiei (Molina, 2010). Egoera hori ekiditeko komeni da profesionalak tresna tekniko komunak erabiltzea, aldagai pertsonalen eragina gutxitu egiten baita (Sullivan *et al.*, 2008). Halere, bai kasu oso gogorak direnean, bai profesionalak lanez lepo daudenean, profesionalak azkartasunez jokatzeko dute, eta ikerketa eta balioestea beraiei bizipen pertsonaletan oinarritzen dute (Munro, 1999, 2005).

Aldagai pertsonalek eraginik eduki ez dezaten profesionalak lanean pairatzen duten estresarekin amaitu beharko litzateke; batik bat, langileen jarrerak eta sentimenduek ongizate pertsonalean eta jarduera profesionalen eragiten baitute, bereziki laguntza eskaintzen duten lanetan eta zuzeneko arreta lanetan. Egoera horri *burnout* fenomenoa edota “erreta egotearen gaitza” izena jarri diote, nahiz eta ez dagoen ahobatezko definiziorik. Dena den, adostasuna dago hainbat kontzepturekin: batetik, lan-estresa erantzun negatibotzat jotzen da langilearentzat eta lana egiten duen erakundearentzat; eta bestetik, langileak lanaren inguruan duen uste idealaren eta burutzen duen benetako lanaren artean dagoen aldetik sortzen da (Facal, 2012). *Burnout*-a neke emozionalagatik (gehiago eman ezin duzun sentimendua), despertsonalizazioagatik (jarrera inpertsonala

eta negatiboa erabiltzailearekiko) eta norberaren errealizazio faltagatik (norbere lanaren eta emaitzen gaineko ebaluazio negatiboa) sortzen da (Maslach, 1982).

Haur eta nerabeen arrisku edo babesgabetasun egoeren ikerketa eta balioestea burutzen duten profesionalak sentipenekin lan egiten dute, ezinbestekoak direla esan daiteke, baina *burnout*-ak sentipen horiek kutsatu ditzake. Sentipenak zirkularrak dira: erabiltzaileek profesionalak sentsazioak sorrarazten dizkiete (hitz egiteko modua, janzkera etab.); eta profesionalak sentipenak transmititzen dizkiete erabiltzaileei (erabakiak esateko modua, hitz egiteko era, etab.). Beraz, sentipenak eskuartzea baldintzatzen dute, batez ere profesionalaren eta erabiltzailearen arteko erlazioan (Carreras, 2005). Sentipenak positiboak eta negatiboak izan daitezke, baina *burnout*-ak negatiboak azalerazten ditu gehien. Hori dela eta, beharrezkoa da *burnout*-a prebenitzeko profesionalak beraien muga psikologikoa identifikatzea, eta neurriak hartzea: atsedenaldia hartzea, lana aldatzea, lan baldintza egokiak izatea, laguntza jasotzea etab. (*ibidem*).

Laguntza eskaintzen duten ogibideen artean (gehienbat medikuntza, irakaskuntza eta gizarte langintza hartzen dira) gizarte langintza gutxien pairatzen duen ogibidea da, baina jasateko arriskua duela ere azpimarratu behar da (Noa eta Sánchez-Moreno, 2012). Autore horiek sindromea pairatzeko arriskua duten profesionalen profila atera dute: “Ezkonduta edo bikotearekin, eta seme alabekin bizi den 40 eta 65 urte bitarteko emakumezkoa. Lanpostu berean 15 urte baino gehiago daramana, astean 35 ordu lan egiten duena erakunde publiko batean, eta astean 25 kasuren ardura hartzen duena.” Deskribatutako profila oinarritzko gizarte zerbitzueta langile askoren egoera pertsonalarekin eta laboralarekin bat etorri daiteke. Pairatzeko arrisku gehiago duten profesionalen profila ateratzeaz gain, *burnout*-a pairatzeko probabilitatea jaitsi dezaketen alderdiak identifikatzen dituzte: erakunde txiki batean lan egitea, 40 urte baino gutxiago edukitzea...

Gizarte langileek sentipenekin lan egiten dute, ezinbestekoak direla esan daiteke, baina *burnout*-ak sentipen horiek kutsatu ditzake. Sentipenak zirkularrak dira: erabiltzaileek gizarte langileei sentsazioak sorrarazten dizkiete (hitz egiteko modua, janzkera, etab.); gizarte langileek erabiltzaileei ere bai (erabakiak esateko modua, hitz egiteko era, etab.) Beraz, sentipenak eskuartzea baldintzatzen dute, batez ere profesionalaren eta erabiltzailearen arteko erlazioa (Carreras, 2005). Sentipenak positiboak eta negatiboak izan daitezke, pertsonen izaeraren arabera, baina *burnout*-ak negatiboak azalerazten ditu gehien. Hori dela eta, haur edo nerabeen arrisku edo babesgabetasuna ikertzean eta balioestean, bai profesionalak bai erakundeek, *burnout*-a prebenitzeko neurriak hartu beharko lituzkete; batez ere, tentsio handia dagoenean eta kasua oso larria

denean. Garrantzitsua da profesionalak beraien muga psikologikoa identifikatzea, eta neurriak hartzea: atsedenaldia, lana aldatzea, laguntza jasotzea etab. bestela emozionalki gaixotzeko aukera gehiago dute (Carreras, 2005). Hori horrela, beharrezkoa da *burnout*-a prebenitzeko haur edo nerabeen arrisku eta babesgabetasuna ikertzen eta balioesten duten profesionalen lan baldintza egokiak bermatzea.

4. Debagoienean haur eta nerabeen arrisku edo babesgabetasun ikerketen eta balioesteen egoera

4.1. Azterketa kuantitatiboa

Behin adingabekoen arrisku eta babesgabetasun ikerketa eta balioestea baldintzatu dezaketen alderdiak identifikatuta, Debagoieneko udalerrietan duten eragina aztertu da. Horretarako, udalei eskatutako datuen bitartez, kuantitatiboki, datu base bat eraiki eta aztertu da. Datu base hori hipotesia frogatzeko baliatu da, eta ondorengo atalak jasotzen ditu: testuingurua, erakundeen baliabide ekonomikoak, erakundeen gizarte zerbitzueta pertsonala, eta haur eta nerabeen babesgabetasuna ikertzen eta balioesten duten profesionalak eskaintzen duten zerbitzua.

4.1.1. Testuingurua

4.1.1.1. Biztanleria kopurua adingabekoa nabarmenduta

Aurretik aipatu den bezala, Debagoieneko eskualdean ez dugu biztanle kopuru bereko herririk, Leintz-Gatzaga eta Arrasate, esaterako (1. grafikoa). Hamazazpi urterainoko biztanleria kopuruari erreparatuta, Aretxabaletaren kasua izan ezik (% 9,8), gainontzeko herrietan biztanleriaren % 15 osatzen dute adin tarte horietakoak batez beste. Halere, Antzuola nabarmendu behar da, non ia biztanleriaren % 20 izatera iristen diren. Beraz, bestelako aldagairik kontuan hartu gabe, eta biztanleria kopuruari soilik erreparatuta, herri batean beste batean baino aukera gehiago dago haurren eta nerabeen arrisku edo babesgabetasuna pairatzeko.

4.1.1.2. Langabezi tasaren bilakaera

Debagoienak, EAEko beste zonalde batzuk bezala, 2007. eta 2008. urteetan Europa mailan hasi zen atzerapen ekonomikoa jasaten ari dela ikus daiteke 2. grafikoa, batez ere langabezi kopuruaren bilakaera aztertuta: 2007an, % 5,9; eta, 2013an, % 12,11.

Langabezi tasaren atzean pertsona bakarrak egon arren, familia asko daudela gogoratu behar da. Familien barruan adingabeak daude, eta

1. grafikoa. Debagoieneko adingabe eta adin nagusikoak

Iturria: Debagoieneko udal erroldekin abiatuta, egileak egina.

2. grafikoa. Debagoieneko langabezi tasaren bilakaera

Iturria: Lanbiderekin abiatuta, egileak egina.

menpekotasun ekonomiko, sozial, parte hartzaile, legal eta politikoa dutelako, langabeziaren ondorioak gehien pairatzen dituzte. Datuak soilik kontutan hartuta, 2007tik 2013ra haur eta nerabeen pobreziaaren gorakada izan dela ondorioztatu daiteke; eta, beraz, haur eta nerabeen arrisku edo babesgabetasunaren gorakada suertatu da.

Bigarren grafikoa ikus daitekeen moduan, herri guztietan langabeziaren gorakada nabaria izan da

azkeneko urteetan, eta gainera, gutxi gorabehera, antzeko hazkunde proportzionala jasan dute. Dena den, gaur egun, nabariak dira herrien langabezi tasaren arteko aldeak. Arrasaten, esaterako, %14,93ko langabezi tasa dago, eta Leintz-Gatzagan, ordea, %6,67koa. Horrela, zera ondorioztatu daiteke: herri batean bestean baino haur eta nerabeen arrisku edo babesgabetasun egoera gehiago egoteko aukera dago, langabezi tasa bakarrik aintzat hartzen bada, behintzat.

4.1.1.3. Haur eta nerabeen arrisku edo babesgabetasun egoeren ikerketa eta balioespen kopuruaren bilakaera (2008-2012)

Kasu kopuruari erreparatuta, aztertu nahi izan da udalek, azken urteetan (2007-2012), ikertzeko eta balioesteko izan dituzten haur eta nerabeen arrisku edo babesgabetasun egoerak; baina ezinezkoa izan da. Arrazoiak dira datu hori jasotzen duen erregistrorik ez dagoela, udal batzuetan orain dela gutxi jasotzen hasi direla, edo udal guztiek ez dituzte datu berak biltzen. Beraz, ezinezkoa izan da komuneko datu basea eratzea.

Egia esan, horiek guztiek erregistro bat izan badute, baina beste erregistro mota bat da. Erregistro horretan, behin adingabeen arrisku edota babesgabetasun ikerketa eta balioestea eginda, eta udal eskumenekoa dela erabakia, babes neurrietan jartzen dituzte, eta horietan oinarritutako erregistroa eratzen dute. Hau da, besteak beste, familia eskuartzea duten familia kopurua edo terapia indibiduala jasotzen duten adingabeen kopurua. Baina ikertzen eta balioesten diren kasu guztietan ez dira babes neurri horiek ezartzen ondorengo hiru arrazoiengatik: bat, ez dago arrisku edo babesgabetasunik; bi, familiak ez du onartzen eskuartzea; hiru, Foru Aldundiaren eskumenekoa da. Beraz, udalek ez dute jasotzen burutu dituzten haur eta nerabeen arrisku edo babesgabetasun ikerketa eta balioeste kopurua, baizik eta ezartzen dituzten babes neurrien kopurua, eta, horrela, ezinezkoa da haur eta nerabeen arrisku edo babesgabetasun ikerketa eta balioeste kopuruaren bilakaera aztertzea.

4.1.2. Erakundeen baliabide ekonomikoak

4.1.2.1. Udal bakoitzak aurrekontu orokorretatik gizarte zerbitzuetara bideratutako ehunekoaren bilakaera

Orokorrean, Debagoieneko herri guztietan, azkeneko urteetan, udal aurrekontu bera mantendu edota zerbait igo dute gizarte zerbitzuetarako (3. grafikoa). Halere, badaude kasu kontrajarriak, adibidez, Arrasaten, 2009tik 2012ra gizarte zerbitzuetara bideratutako aurrekontua % 50 baino gehiago murriztu da; eta Antzuolan, berriz, azkeneko urtean beherakada egon arren, orokorrean gorakada nabaria izan da. Bilakaera hori aztertzerako garaian, kontuz ibili behar da; batik bat, urte batetik bestera egon daitezkeen aldaketak, udalek urte horietan eginiko inbertsioak edo murrizketak isla baitituzakete.

Horretaz guztiaz gain, diferentzia nabariak ikusi daitezke herri bakoitzaren aurrekontu orokorretan gizarte zerbitzuetara bideratzen duen ehunekoaren analizatuta. Besteak beste, Eskoriatzako eta Aretxabaletako Udalek beste udalek baino gutxiago bideratzen dute gizarte zerbitzuetara. Dena dela, udal guztiek gizarte zerbitzuen sailean ez dituzte zerbitzu eta programa berak sartzen, batzuek adineko pertsonentzako egoitza dute, ez beste batzuek, ordea. Udal bakoitzak gizarte zerbitzuetara bideratzen duen aurrekontua aztertzeko ere, oso garrantzitsua da bakoitzak eurotan zenbat bideratzen duen jakitea. Hori horrela, 2012. urtean, ondorengo diru kopurua bideratu zuten biztanle bakoitzeko herri bakoitzean.

Iturria: Debagoieneko udalek emandako datuetatik abiatuta, egileak egina.

4. grafikoa. Debagoieneko udalerriek biztanle bakoitzeko gizarte zerbitzuetara bideratu zuten aurrekontua 2012.urtean

Iturria: Debagoieneko udalek emandako datuetatik abiatuta, egileak egina.

Hirugarren grafikoak nabarmendu du, eta laugarrenak argiago utzi du, Aretxabaletako Udala (72,62 €) eta Eskoriatzako Udala (65,82 €), Debagoiengan biztanle bakoitzeko gizarte zerbitzuetara diru gutxien bideratzen duten udalak direla. Elgetako Udala, ordea, eskualdeko edozein udalerrirekin alderatzen bada, gizarte zerbitzuetara bi edo hiru aldiz diru gehiago bideratu zuela ikusten da, hain zuzen ere, 312,48 € bideratu zituen. Dena dela, beharrezkoa da aztertzea udal bakoitzaren aurrekontua, ulertu ahal izateko gizarte zerbitzuetara bideratutako diru kopuruan dauden aldeak: ongizate saileko profesional kopuruan, aurrera eramaten ari diren programetan, egoitzaren kudeaketan eta beste batzuetan egon daitezke alde horiek. Hala ere, diferentziak oso nabariak direla azpimarratu behar da, esaterako, Elgetaren eta Eskoriatzaren artean 246,6 €-ko aldea dago.

4.1.2.2. Gizarte zerbitzuetatik adingabekoei bideratutako aurrekontuaren ehunekoaren bilakaera (2008-2012)

Azttertutako udalek ez dute haur edo nerabeen arrisku eta babesgabetasun egoerei bideratutako aurrekontu zehatzik, eta, beraz, ezinezkoa izan da aztertzea horrek izan duen bilakaera. Ohikoena, eskuarte familiarrari bideratutako aurrekontu sail espezifikoak edukitzea da, babes neurriei bideratutako aurrekontua, alegia, bereziki eskuarte familiarra eta terapia indibiduala daude.

Gainera, adingabekoei bideratutako aurrekontua zehaztea oso konplexua izango litzateke, batik bat, hainbat kontzeptu kontuan hartu beharko liratekeelako, adibidez, pertsonalaren dedikazioaren ehunekoaren kostua, komunitateko prebentzio programak (lehen, bigarren eta hirugarren mailakoa), profesionali bideratutako trebakuntza programak, etab. Dena dela ere, komenigarria izango litzateke

udal bakoitzean haur edo nerabeen arrisku eta babesgabetasunei bideratutako diru kopurua zein den jakitea.

4.1.3. Udal Gizarte Zerbitzuetako Pertsonala

Lehenengo Koadroan ikus daiteke Debagoieneko udalek gizarte zerbitzuetan ez dituztela baliabide pertsonal berak. Esaterako, haur eta nerabeen arrisku edo babesgabetasunaren ardura dutenen artean, batzuek lanaldi osoa edo ia osoa egin behar horretara bideratzen dute; beste batzuek, ordea, beste egiteko asko ere egin behar dituzte.

Horrez gain, udal guztietako gizarte zerbitzuetan ez dago administraririk, Aretxabaletan eta Bideberri Mankomunitateko udaletan, alegia. Kontuan hartu behar da, administrariak ezinbestekoak direla izapide administratibo guztiak burutzeko, eta baita teknikariei lan karga gutxitzeko ere. Bergaran eta Arrasaten, aldiz, bi eta hiru administrari dituzte, hurrenez hurren.

Haur eta nerabeen arrisku eta babesgabetasunean jarduteko profesionalak ezinbestekoa dute prestakuntza espezifikoak edukitzea. Deskribapenean ikusi daitekeen bezala, egin behar hori dutenen hamar profesionaletatik bik soilik dute prestakuntza espezifikoak, Oñatikoak eta Arrasateko batek, hain justu. EZIAk antolatutako gainbegiraketa saioetan, berriz, bik izan ezik, gainerako guztiek parte hartu dute.

Azkenik, azpimarratzekoa da Oñatiko Udalak martxan jarri duen azpikontratutako zerbitzua. Batik bat, trebakuntza espezifikoak duten pertsonen aholkularitza eta orientazioa eskaintzen baitiote Oñatiko teknikariari haur eta nerabeen arrisku edo babesgabetasun kasuetan.

1. koadroa. Debagoieneko udal gizarte zerbitzuetako lantaldeen deskribapena	
Herriak	Deskribapena
Antzuola	<ul style="list-style-type: none"> Bideberri Gizarte Zerbitzuen Mankomunitateko (Antzuola, Elgeta eta Leintz-Gatzaga) kidea. Mankomunitateak bi langile ditu, eta langile batek lanaldi osoan Antzuolan jarduten du. Gizarte langilea da, eta eginkizun asko egiten ditu: menpekotasuna, etxebizitza tutelatutako, eguneko zentroa, emakumeak, drogamenpekotasunak, erretiratuak, haur eta nerabeen arrisku eta babesgabetasun kasuak aztertu eta landu, etab. Ez du prestakuntza espezifikorik haur eta nerabeen arrisku eta babesgabetasunean. EZIAk antolatutako gainbegiraketa saioetan parte hartu du.
Aretxabaleta	<ul style="list-style-type: none"> Hiru langile dira: bi lanaldi osoan, eta hirugarrena, lanaldiaren % 60an (prebentzio arloa). Hirurak dira gizarte langile. Lanaldi osoan dauden langileek eginkizun asko izaten dute: erretiratuak, menpekotasunak, dirulaguntzak, haur eta nerabeen arrisku eta babesgabetasun kasuak aztertzea, etab.; izan ere, herria bi zatitan banatuta dute, eta ez dute eginbeharren arabera sailkatua. Ez dute prestakuntza espezifikorik haur eta nerabeen arrisku eta babesgabetasunean. Aspaldiko prestakuntza puntualak burutu dituzte, eta gaur egun, Balora Tresnarako prestakuntza puntualak egin dituzte.
Arrasate	<ul style="list-style-type: none"> Hamabi langile dira: zazpi gizarte langile, bost lanaldi osoan eta bi lanaldiaren 2/3an; 3 administrari, lanaldi osoan; prebentzio teknikaria, lanaldiaren 2/3an; eta departamenduko burua. Bi gizarte langileren eginkizun eskusiboa dira haur eta nerabeen arrisku edo babesgabetasun kasuak. Batek lanaldiaren 2/3 betetzen ditu. Batek du soilik prestakuntza espezifikoa. Biek EZIAk antolatutako gainbegiraketa saioetan parte hartu dute.
Bergara	<ul style="list-style-type: none"> Lanaldi osoan dauden zazpi langile dira: bi gizarte langile, bi administrari, bi psikologo eta pedagogo bat. Psikologo baten egitekoa da haur eta nerabeen arrisku eta babesgabetasuna, halere, ez du hori egiteko bakarra; izan ere, genero indarkeria eta immigrazioa ere lantzen baititu. Ez du prestakuntza espezifikorik haur eta nerabeen arrisku eta babesgabetasunean. EZIAk antolatutako gainbegiraketa zenbait saiotan parte hartu izan du eta balora erabiltzeko trebakuntza saio batean.
Elgeta	<ul style="list-style-type: none"> Bideberri Gizarte Zerbitzuen Mankomunitateko (Antzuola, Elgeta eta Leintz-Gatzaga) kidea. Mankomunitateak bi langile ditu, eta lanaldi osoa egiten ez duen langile bat aritzen da Elgetan. Gizarte langilea da, eta eginkizun asko egiten ditu: menpekotasuna, tutoretzapeko etxebizitza, eguneko zentroa, emakumeak, drogamenpekotasunak, erretiratuak, haur eta nerabeen arrisku eta babesgabetasun kasuak aztertu eta landu, etab. Ez dauka prestakuntza espezifikorik haur eta nerabeen arrisku eta babesgabetasunean.
Eskoriatza	<ul style="list-style-type: none"> Lau langile dira: bi oinarrizko gizarte langile, lanaldi osoan; prebentzio teknikaria, lanaldiaren % 60an; eta, administraria, erdian. Haur eta nerabeen arrisku eta babesgabetasunaz arduratzen dira, batetik, oinarrizko gizarte langile bat; eta bestetik, prebentzio teknikaria. Biek denetarikoa eginbeharra dituzte. Ez dute prestakuntza espezifikorik, eta batek, EZIAk antolatutako gainbegiraketa saioetan parte hartu du; ez besteak, ordea.
Leintz-Gatzaga	<ul style="list-style-type: none"> Bideberri Gizarte Zerbitzuen Mankomunitateko (Antzuola, Elgeta eta Leintz-Gatzaga) kidea. Mankomunitateak bi langile ditu, eta lanaldi osoa egiten ez duen langile bat aritzen da Leintz-Gatzagan. Gizarte langilea da, eta eginkizun asko egiten ditu: menpekotasuna, tutoretzapeko etxebizitza, eguneko zentroa, emakumeak, drogamenpekotasunak, erretiratuak, haur eta nerabeen arrisku eta babesgabetasun kasuak aztertu eta landu, etab. Ez dauka prestakuntza espezifikorik haur eta nerabeen arrisku eta babesgabetasunean.
Oñati	<ul style="list-style-type: none"> Lau langile dira: lanaldi osoan lan egiten duten hiru gizarte langile eta administraria. Eginbeharra banatu dituzte, eta gizarte langile batek darama haur eta nerabeen arrisku eta babesgabetasuna. Halere, beste funtzio batzuk ditu, adibidez, berdintasuna edo drogamenpekotasuna. Azpikontratutako enpresa pribatu bateko hezitzaileen eta psikologoaren orientazioa eta aholkularitza jasotzen du ikerketak eta balorazioak dirauen bitartean. Prestakuntza espezifikoa du, eta EZIAk antolatutako gainbegiraketa saioetan parte hartu izan du.

Iturria: Debagoieneko udalek emandako datuetatik abiatuta, egileak egina.

4.1.4. Haur eta Nerabeen Babesgabetasuna Ikertzen eta Balioesten Duten Profesionalek Eskaintzen Duten Zerbitzua

Oso garrantzitsua da udal batean zein bestean eskaintzen duten arreta zerbitzua nolakoa den jakitea, eskaintzen den gizarte zerbitzuen kalitatea bermatuko baitu horrek. Hori horrela izanik, 1. taulan jaso da haur eta nerabeen arrisku edo babesgabetasun ikerketa eta balioestea eginbeharra duten teknikariek eskaintutako zerbitzua, eta alde nabariak ikus daitezke.

Lehenik, arreta egun bakoitzeko hitzordu kopurua handiagoa izateaz gain, hitzorduen batez besteko iraupena txikiagoa da funtzio anitzak dituzten teknikarien artean, nahiz eta hitzordu baterako itxaron behar dena gainontzeko udalen antzekoa

izan, esaterako, Aretxabaletan. Antzeko egoera bizi dute udal txikiek (Antzuola, Elgeta eta Eskoriatzak), eta arrazoia honako hau izan daiteke: batez ere, 0-17 urte bitarteko biztanle gutxiago dute, eta, beraz, haur eta nerabeen arrisku edo babesgabetasun kasu gutxiago egoteko aukera gutxiago, eta pertsonal espezifikoa edukitzeko zailtasun handiagoa dute. Ondorioz, bestelako funtzioak burutzean, adingabeen arrisku edo babesgabetasun kasu bat suertatzen denean, kasua ikertzeko denbora gutxiago izango dute.

Bigarrenik, pertsonal espezifikoa duten udalek, 0-17 urte bitarteko biztanle gehiago eta printzipioz haur eta nerabeen arrisku edo babesgabetasun egoeren jakinarazpen gehiago duten herriek, oztopokoak ere aurkitzen dituzte; batez ere, jakinarazpen asko iristen zaizkienean ikerketa eta balorazioek denbora handia

1. taula. Debagoieneko adingabeen babesgabetasuna balioesten duten udal teknikariek eskaintzen duten zerbitzua

Herriak	Arreta egunak					Eguneko batz besteko hitzordu kopurua	Hitzorduen batz besteko iraupena	Hitzordurako itxaron behar den denbora*
	Al.	Ar.	Az.	Og.	Ol.			
Antzuola	X		X	X		6	45 min	Egun bat edo bi
Aretxabaleta 1	X	X	X	X		8	30 min	Hiru egun
Aretxabaleta 2	X	X	X	X		8	30 min	Hiru egun
Arrasate 1	X	X	X	X	X	2	60 min	Hiru aste
Arrasate 2	X	X	X	X	X	2	60 min	Hiru aste
Bergara	X	X	X	X	X	2	60 min	Bi egun
Elgeta	X		X	X		5	45 min	Egun bat
Eskoriatza 1	X	X	X	X		5	45 min	Hiru egun
Eskoriatza 2			X	X		3	60 min	Hiru egun
Leintz-Gatzaga		X				1	45 min	Egun bat
Oñati	X	X		X		2	60 min	Aste eta erdi

* Arreta egunak egunero ez diren kasuetan, eta hitzordua edukitzeko egun bat itxaron behar dela zehazten denean, hurrengo arreta egunari egiten dio erreferentzia.

Iturria: Debagoieneko udalek emandako datuetatik abiatuta, egileak egina.

eskatzen dutelako. Arrasateren kasuan, teknikariek hitzordu bat eduki ahal izateko hiru aste itxaron behar da batez beste; Oñatin, aste eta erdi; eta, Bergaran, ohikoena, 2 egun itxaron behar izatea da. Beraz, herri hauetan ere zailtasunak nabariak dira, bereziki, Arrasaten.

Hirugarren diferentzia bat ere topa daiteke, Leintz-Gatzagaren kasua, alegia. Bertan, herriko biztanle kopuruaren arabera, haur eta nerabeen arrisku edo babesgabetasun egoeren maiztasuna txikiagoa da; baina kasuren bat suertatuz gero, arreta egunak asteartean soilik izaten direnez, astebete itxaron behar da hitzordua edukitzeko. Halere, arreta egunean, batez beste, hitzordu bat egoten da.

4.2. Azterketa kualitatiboa: sakoneko elkarrizketak

Haur eta nerabeen arrisku edo babesgabetasun egoerak ikertzen eta balioesten dituzten profesionalak ezinbesteko erremintak dira. Hori horrela, Debagoienean egin behar hori duten profesionalen sakoneko elkarrizketa burutu da; batik bat, profesionalen iritzia, bizipena eta sentimenduak eskuratzeko. Elkarrizketatu bakoitzarekin ordubeteko elkarrizketa eduki da, grabatua eta erdi gidatua, eta ondorengo gaien inguruan aipatutakoa jaso, aztertu eta laburbildu da.

4.2.1. Eskumenen banaketa eta Balora tresna komuna

- Udalek haur eta nerabeen arrisku eta babesgabetasun egoerak ikertzea eta balioestea beharrezkoa jotzen dute; izan ere, udala herritarrengandik gertuen dagoen herri administrazioa da. Horrek, zerbitzua udal bakoitzaren egoerara moldatzea eragiten du, hau

da, baliabide pertsonalera, kasuen kopuru eta maiztasunera, baliabide kopuruetara, etab.

- Balora tresnak finkatzen du eskumena udalena edo Foru Aldundiena den. Muga hori ez dela orekatua salatzen dute. Batetik, udalek gero eta kasu gehiago dituzte esku artean, eta horrek espezializatuagoa izatea eskatzen du. Bestetik, ondorengo salatzen dute: Gipuzkoaren kasuan, udalak burututako txostenak kasua Foru Aldundiaren eskumenekoa dela esaten badu, baina EZIA erabaki horrekin ados ez badago, eskumena udalena dela erabaki dezake udalak erabakian inongo ordezkapenik eduki gabe. Horregatik, kasu guztietan beharrezkoa ikusten dute, eskumena zehazteko garaian, udala zein Foru Aldundia ordezkatua egongo den mahai ingurua eratzea.
- Balora tresna positiboa dela uste dute guztiek, batez ere, erabakiak hartzerako garaian guztiek eredu bera erabiltzen baitute, eta erreminta objektiboa delako. Horrez gain, zailtasunak agertu dira tresna erabiltzean, batik bat, maiztasun gutxirekin erabiltzen dutenentzat eta erabiltzeko prestakuntzarik jaso ez dutenentzat.
- Beharrezkoa ikusten da gizarte zerbitzuetan ez ezik, beste eragile batzuetan ere tresna ezagutzea eta erabiltzea, batez ere, irakasleen, medikuen eta hezitzaileen artean.

4.2.2. Erakundearen antolamendua eta babesa

- Orokorrean, Debagoieneko udal guztietan gizarte zerbitzuen aurrekontua mantendu egin da, batzuetan igo ere bai, aurrekontu orokorra murriztu egin den bitartean. Hala ere, gizarte zerbitzuei oraindik garrantzi gutxiegi ematen zaiela uste dute. Haur eta nerabeen arrisku eta babesgabetasun

egoeretarako eskuartze familiarrera eta terapiara bideratutako aurrekontua dute gehienek, eta dirua faltatuz gero, ez dute zailtasunik edukitzen gehiago eskuratzeko. Dena den, adingabekoekin gutxiagi gastatzen dela uste dute.

- Errealitate oso ezberdinak daude udaletako gizarte zerbitzuetan, bakoitza bere irizpidearen arabera eratu baita. Antolamendu berri bat beharrezkoa ikusten dute denek, batik bat, gero eta baliabide gutxiago, eta gero eta eginbehar gehiago dituztelako. Guztiek azpimarratu dute, egun, duten lan karga, eta beraien xedea eguneroko lana aurrera ateratzea dela. Hori horrela, beste egiteko garrantzitsu batzuk egiteko geratzen dira, prebentzioa, besteak beste.
- Udal batzuek beraien langileen prestakuntzarako dirua bideratzen dute, ez beste batzuek, ordea. Prestakuntza udal langileen esku geratzen da, eta egin egiten dituzte, baina puntualak eta iraupen motzekoak izaten ohi dira.
- Udal guztietan 3. mailako prebentzioa egiten dute, hots, babes neurriak jartzea arriskua edo babesgabetasuna gertatzen denean. Halere, beharrezkoa ikusten dute eskolei, osasun zentroei, haur eta nerabeei, komunitateari... bideratutako sentsibilizazio eta prebentzio programak garatzea, etab.
- Ikerketaren eta balioestearen inguruan profesional gehienek segurtasuna izaten dute, batik bat, udalen eta lankideen aldetik babestuak sentitzen direlako. Erabakiak ongizate saileko batzordetik pasatzea beharrezkoa ikusten dute, baina ez dute guztiek egiten.

4.2.3. Krisi ekonomikoaren eragina babesgabetasun ikerketa eta balioespenetan

- Haur eta nerabeen arrisku eta babesgabetasun egoeren ikerketa eta balioesteak, orokorrean, igo edo mantendu egin dira azken urteotan. Egoera hori ulertzeko, krisi ekonomikoa aldagai garrantzitsu bat dela pentsatzen dute, baina are garrantzitsuagoa izan dela uste dute gizartearen eta eragileen (batez ere eskola eta osasun zentroak) sentsibilizazioa; batez ere, eragileekin koordinazio egoki bat egon den kasuetan edo sentsibilizazio ekintzak burutu direnetan. Dena dela, azpimarratu dute lan handia dagoela egiteko.
- Familiaren egoera ekonomiko prekariora ez da haur eta nerabeen arrisku edo babesgabetasun egoeren ohiko deskribapena, egoera bakoitza bestelakoa da, eta ezinezkoa egiten zaie ohiko egoera bat deskribatzea. Hala ere, maiztasun gehiagorekin izaten diren tipologiak ondorengoak dira: gurasoen banaketa prozesuetan adingabekoa erabiltzea, nerabeak kontrolatzeko zailtasunak edukitzea, eta gaztetxoenetan arauak eta limiteak zehazteko zailtasunak egotea.

4.2.4. Diziiplina anitzeko lantaldeak eta prestakuntza

- Ezberdina da udal bakoitzeko gizarte zerbitzuetako lantaldea. Gizarte langilea da ohikoena, eta oso gutxitan jotzen da beste profesional batengana, batez ere, psikologoarengana.
- Elkarriketatu guztiek gero eta beharrezkoagoa jotzen dute haur eta nerabeen arrisku edo babesgabetasun egoeren inguruko prestakuntza espezifiko, gero eta ikerketa espezifikoagoak eskatzen baitizkiete, eta horren falta sumatzen baitute. Hala ere, batek baino gehiagok zаланtzan jarri du udalen espezializazioa, batik bat, arlo guztietan espezializatzea ezinezkoa ikusten dutelako, langile gutxi eta funtzio ezberdin asko baitituzte.
- Balora tresnak diogenarekin bat datoz: talde psikosozialak, gizarte langilea eta psikologoa, beharrezkoak dira. Azpiktratatutako enpresan baten bitartez, Oñatik bakarrik esan dezake, momentu oro, lantaldearen barruan psikologo espezializatu baten balorazioa eta aholkularitza jaso dezakeela. Gainontzekoek, berriz, momentu konkretuetan bakarrik jotzen dute psikologo pribatu edo osasun mentaleko psikologoengana.

4.2.5. Profesionalek bere lanaren inguruan duten bizipena

- Egiteko asko dituzten profesionalak kontsideratzen dute egiteko zailena haur eta nerabeen arrisku edo babesgabetasun egoeren ikerketa eta balioestea dela; batez ere, lantaldearen barruan egiteko hori burutzeko pertsona bakarra egoten bada. Horrez gain, emozionalki asko eragiten die, gehienbat beraien burua defendatzeko gaitasun gutxi duten adingabeen kasuetan, hau da, oso gazteak direnean edota ezintasun bat dutenean.
- Haur eta nerabeen arrisku edo babesgabetasun egoerek bizitza pertsonalean ez eragitea asko kostatzen zaie profesionalai, batzuei beste batzuei baino gehiago. Egiteko hori funtzio bakarra dutenek, ordea, lanetik errazago deskonektatzen dute.
- Haur eta nerabeen arrisku edo babesgabetasun egoerak oso argiak ez direnean, zalaniza gehiago izaten dituzte hartzen dituzten erabakien gainean, batez ere, beste profesional batzuekin alderatzeko aukerarik izaten ez dutenean.

4.2.6. Bestelakoak

- Gurasoek gero eta zailtasun gehiago izaten dituzte seme eta alabak hezterakoan; batez ere, nerabetasunean dauden gazteen jarrera kontrolatzerakoan, eta haurrei limiteak eta arauak jartzerakoan.

- Kasu batzuetan gatazkak egoten dira gizarte zerbitzuen eta eragileen artean. Gatazka horiek eragileen konfidentzialtasun printzipioarekin izaten dira, eta batzuetan haurren interes gorenaren printzipioa kolokan jartzen da.
- Gizartearekin eta herriko eragileekin prebentzio eta sentsibilizazio kanpainak egin diren herrietan, koordinazioa eta lankidetzak hobetu dira gizarte zerbitzu, eragile eta gizartearen artean.

4.3. Maslach Burnout Inventory manuala

Haur eta nerabeen arrisku edo babesgabetasun egoeren ikerketa eta balioestea burutzen duten profesionalak funtsezko erremintak dira, eta profesional horien neke emozionala, erabiltzaileenganako despertsionalizazioa eta beraien lanarenganako errerealizazioa aztertu da; batik bat, profesionala bera izan daitekeelako ikerketa eta balioestea baldintzatu dezakeen aldagai nagusietako bat.

Hori dela eta, Maslach Burnout Inventory (MBI) [Maslach eta Jackson, 1997] galdetegia pasa zaie,

non profesionalak bere lanarekin erlazioan dutako pentsamenduzko eta sentimenduzko 22 enuntziatu erantzun dituzten. Erantzuna ematerako orduan “inoiz” (o) eta “egunero” (6) artean dauden 6 adjektibo erabili dituzte, horiek barne (2. taula).

Burnout-aren existentzia zehazten duen marka klinikorik ez egon arren, gogoratu behar da neke emozional eta despertsionalizazio altuak, baita errerealizazio pertsonal baxuak ere, erreta egotearen sindromea dagoela adierazten duela. Dena den, honela zehazten dute marka klinikoa: neke emozionalaren kasuan, 27 baino puntu gehiago *burnout* maila handia, 19 eta 26 artean erdikoa, eta 19tik beherakoa *burnout* maila baxua edo oso baxua; despertsionalizazioaren kasuan, 10 baino puntu gehiagok maila handia erakusten du, 6 eta 9 artean erdikoa eta 6tik behera despertsionalizazio maila baxua; eta azkenik, errerealizazio pertsonalaren kasuan, 0 eta 30 puntu bitartean errerealizazio maila baxua, 30 eta 39 bitartean erdikoa, eta 40tik gora errerealizatuta egotearen sentimendua.

Arestian aipatutakoa kontutan hartuta, inkestaren emaitzek ondorengo egoera orokorra zehaztu dute Debagoienean:

2. taula. Debagoieneko adingabeen babesgabetasuna balioesten duten udal teknikariek osatu duten Maslach Burnout Inventory galdetegiaren emaitzak

Eskala		Maiztasuna							Batez bestekoa
		0	1	2	3	4	5	6	
Neke emozionala	E1	0	4	0	2	1	1	1	2,88
	E2	0	0	1	2	2	4	0	4,00
	E3	1	2	1	2	1	2	0	2,66
	E6	2	4	0	0	3	0	0	1,88
	E8	1	3	1	2	0	2	0	2,44
	E13	1	3	1	2	0	2	0	2,44
	E14	1	0	2	2	2	2	0	3,11
	E16	0	5	0	2	2	0	0	2,11
	E20	4	4	0	1	0	0	0	0,77
Guztira									22,29
Despertsionalizazioa	E5	4	3	0	1	1	0	0	1,11
	E10	4	2	0	3	0	0	0	1,22
	E11	5	2	0	1	0	0	1	1,22
	E15	5	3	1	0	0	0	0	0,55
	E22	4	4	0	1	0	0	0	0,77
Guztira									4,87
Errealizazioa	E4	0	0	0	0	1	3	5	5,44
	E7	0	0	1	0	0	3	5	5,22
	E9	0	1	0	2	0	6	0	4,11
	E12	0	1	0	0	1	6	1	4,55
	E17	0	0	0	0	1	6	2	5,11
	E18	0	0	0	2	3	2	2	4,44
	E19	0	0	1	0	2	5	1	4,55
	E21	0	0	2	0	2	4	1	4,22
Guztira									37,64

Iturria: Egileak egina.

- Neke emozionala: 22,29ko puntuazioa, lanagatik emozionalki nekatuak eta gogaituak egoteko erdi mailako sentimendua, *burnout* edukitzeko arrisku faktore garrantzitsua. Kontuan hartu behar da, inkesta batek baino gehiagok 27 baino gehiagoko puntuazioa jaso dutela, hots, lanagatik emozionalki nekatua eta gogaitua dagoen sentimendua adierazi du profesional batek baino gehiagok.
- Despertsonalizazioa: 4,87ko puntuazioa, orokorrean erabiltzaileenganako erantzun hotzik, inpertsonalik, eta sentimendurik eta sentsibilizaziorik gabeak ez dira ematen. Gainera, puntuazio gehien jaso duen inkestak 8ko puntuazioa jaso duen arren, hau da, despertsonalizazio sentimenduak daudela adierazi, inork ez du 10 baino gehiagoko puntuazioa eman.
- Errealizazio Pertsonala lanean: 37,64ko puntuazioa, lanerako gaitasun eta eraginkortasun sentimenduak daude, nahiz eta batzuk beste batzuk baino errealtatuagoak sentitu. Inork ez du 30 edo gutxiagoko puntuazioa eman; halere, kontuan hartu behar da 30-39 bitarteko puntuazioa ere jaso dela, eta beraz, badaude profesionalki guztiz errealtatuak ez dauden profesionalak.
- Debagoieneko haur eta nerabeen arrisku edo babesgabetasun egoeren ikerketa eta balioestea burutzen dute profesional guztiek ez dute prestakuntza espezifikoa, hain zuzen ere, hamarretik bik dute prestakuntza espezifikoa.
- Bakardadea = zalantza. Udaleko gizarte zerbitzuetako lantaldea pertsona bakarrak osatzen duenean edota lantaldea pertsona gehiagok osatuta, baina haur eta nerabeen arrisku edo babesgabetasun egoeren ikerketa eta balioestea burutzen duen pertsona bakarra izanik, profesionalak zalantza gehiago izaten du hartzen dituen erabakien ginean.
- Ez dago arreta zerbitzu bera udal gizarte zerbitzuetan. Batzuek egunean 30 minutuko 8 hitzordu izaten dituzte, beste batzuek, ordea, 60 minutuko 2 hitzordu; profesional batzuekin txanda bat edukitzeko 3 egun itxaron behar da, beste batzuekin, berriz, 3 aste itxaron behar dira.
- Haur eta nerabeen arrisku edo babesgabetasun egoeren erregistrorik ez dago. Beraz, ezinezkoa da adingabekeen arrisku eta babesgabetasun kasuen bilakaera eta errealtatea ezagutzea, eta ondorioz, hartu beharreko neurri egokiak hartzea.
- Talde psikosozialik ez dago (gizarte langilea + psikologoa). Ohikoena gizarte langilearen figura da, baina psikologoa beharrezkoa da adingabeak jasan dezakeen kalte emozionala aztertzeke.
- Herritar bakoitzeko gizarte zerbitzuetara bideratzen duten udal aurrekontua ezberdina da.

5. Ondorioak eta proposamenak

Behin ikerketaren inguruko dokumentazioa burututa, Debagoieneko udalerrien inguruko datu basea eraikita eta aztertuta, haur eta nerabeen babesgabetasunaren inguruko ikerketa eta balioestea burutzen duten profesionalekin egindako sakoneko elkarrizketen mamia aterata, eta MBI inkesta analizatuta, ikerketaren ondorio nagusia adieraziko da, baina hori egin aurretik lortutako emaitzak eta ondorioztatutako alderdiak jarraian zerrendatuko ditut DAFO edo AMIA¹³ teknikaren bitartez.

5.1. AMIA

5.1.1. Ahuleziak (egungo beharrak, aldatu beharko liratekeenak, alderdi negatiboak eragiten dituztenak)

- Orokorrean lan karga handia dute Debagoieneko udaletako haurren eta nerabeen arrisku edo babesgabetasuna ikertzen eta balioesten duten udal teknikariak.
- Balora tresna erabiltzeko zailtasuna. Batez ere, udal txikietan eginkizun asko baitituzte teknikariak, eta haur eta nerabeen arrisku edo babesgabetasun egoera gutxiago ere bai.

¹³ AMIA analisiak (Ahuleziak, Mehatxuak, Indarguneak eta Aukeak) edo SWOT ingelesez (*Strengths, Weakness, Opportunities and Threats*), erakunde edota lurralde jakin bateko eremu baten analisia- ren eta ebaluazioaren bitartez, egon daitezkeen beharren lehenta- sunak finkatuz jarraitu beharreko estrategia definitzeko aukera ema- ten duen teknika da (Oliver, Ballester eta Orte, 2003).

5.1.2. Mehatxuak (arriskutsuak diren alderdiak, eta beraz, prebenitu beharko liratekeenak)

- Krisi ekonomikoa. 2007-2008. urteetan Europa mailan hasi zen atzerapen ekonomikoa jasaten ari da Debagoiena. Batetik, langabezi tasa 2007an %5,9koa zen eta 2013ko lehen hiruhilekoan, ordea, %12,7koa; bestetik, udalen aurrekontuen mantentze edo murrizketa egin dute.
- Debagoieneko herrien artean alde nabariak daude. Batetik, langabezia tasan ikus daiteke, Arrasatek %15,3ko langabezi tasa du eta Leintz-Gatzagak, berriz, %8,3koa. Bestetik, udal bakoitzak herriko biztanle bakoitzeko gizarte zerbitzuetara bideratzen duen aurrekontuan ikus daiteke, 2013. urtean Elgetak 312,48€ bideratu zuen eta Aretxabaletak, ordea, 72,62€.
- Udalek beraien baliabideak mugatuak dituzte, baina oinarritzko gizarte zerbitzuak gero eta espezializatuagoak izatea eskatzen ari dira, eta gainezka egin dezakete.
- MBI inkestak jaso dituen emaitzen arabera, neke emozionala jasateko arriskua dute haur eta nerabeen arrisku edo babesgabetasun egoeren ikerketa eta balioestea burutzen duten Debagoieneko teknikariak.
- Gurasoek gero eta zailtasun gehiago dituzte seme alabak heztean, batik bat, haurrei mugak

eta arauak jartzerakoan, eta nerabeen jarrera kontrolatzean.

- Gatazka konfidentzialtasunaren eta haurren interes gorenaren artean. Eragileekin informazioa partekatzerako garaian gatazka etikoak daude, batez ere, konfidentzialtasun printzipioaren eta haurren interes gorenaren artean. Ohiko eragileak: hezkuntza, osasuna eta gizarte zerbitzuak.

5.1.3. Indarguneak (mantendu edo hobetu beharko liratekeen alderdi positiboak)

- Haur eta nerabeen arrisku edo babesgabetasun kasuen ardura duten udal teknikarien inplikazio maila handia. Lehenetsunezko kasuak dira beraientzat. Arreta egokia ematen saiatzen dira.
- Teknikari guztiek erreminta bera erabiltzen dute, hots, egoera guztietan Balora tresna erabiltzen dute, tresna komuna.
- Haur eta nerabeekin lan egiten duten eragileekin, orokorrean, koordinazioa egokia da, eta gizartearen sentsibilizazio maila handia da egun. Halere, ez da modu berekoa herri guztietan.
- Udalek, unean unean, EZIaren aholkularitza eta orientazioa jasotzeko aukera dute.
- Udalek ez dute arazo ekonomikorik izaten babes neurriak jartzeko (eskuartze familiarra, terapia indibidual edo familiarra), ardura politikoa dutenen kontzientziazioa dago.
- MBI inkesta bete duten profesionalak erabiltzaileenganako jarrera egokia erakusten dute momentu oro, hots, ez dago despertsonalizaziorik.

5.1.4. Aukerak (aprobatxatu beharko liratekeen gaitasun eta baliabide potentzialak)

- Haur eta nerabeen arrisku eta babesgabetasunen aurrean gizartearen sentsibilizazio maila handia azpimarratu behar da.
- Prebentzioa eta sentsibilizazioa errentagarriak. Eragileek haur eta nerabeen arrisku eta babesgabetasun egoeren jakinarazpen gehiago egiten dute prebentzio eta sentsibilizazio kanpainak egin ohi diren herrietan.
- Profesionalak hobetzeko beharra ikusten dute haur eta nerabeen arrisku edo babesgabetasun egoerak ikertzean eta balioestean, eta hobetzeko prest daude.
- Lantaldea = babesa: oinarritzko gizarte zerbitzuetan haur eta nerabeen arrisku edo babesgabetasun egoeren ardura duten profesional bat baino gehiago egoteak zama emozionala gutxitzea ahalbidetzen die profesionali, baita segurtasuna handitzea ere.
- Oñatiko talde psikosozialaren esperientzia. Azpiktratatutako zerbitzuaren bitartez, udal

teknikariak haur eta nerabeen arriskuen edo babesgabetasunen aurrean psikologo eta familia hezitzaile espezializatuak laguntza jasotzen du, eta sentsibilizazio eta prebentzio kanpainak burutzen dira eragileekin eta herritar ororekin, besteak beste.

5.2. Ondorio nagusia

Gogoratu behar da sarreran hipotesi bezala ondorengo jaso dela: haur eta nerabeen arrisku edo babesgabetasun egoeretan udalek burutzen duten ikerketa eta balioestea baliabide pertsonalek, herri administrazioen antolaketa eta funtzionamenduek, testuinguruek eta abarrek baldintzatzen dute, eta beraz, aurreikusi daiteke udalerrri guztiek ezin dutela ikerketa eta balioeste egoki bera bermatu.

Hipotesia egiaztatzeko asmoz, haur eta nerabeen arrisku edo babesgabetasun ikerketa eta balioestea baldintzatu dezaketen aldagaien inguruan hainbat adituk landu dituzten hainbat aipu bibliografiko kontsultatu dira. Behin aldagaiak identifikatuta, horiek errealitatean duten eragina aztertzeke, Debagoieneko udalen egoera hartu da, eta ikerketa horretatik ateratako alderdi esanguratsuenak AMIAn jaso dira.

Hori guztia dela eta, ikerketa horretatik zera ondorioztatu daiteke: Debagoieneko udalerrri guztiek haur eta nerabeen arrisku edo babesgabetasun egoeren aurrean ezin dute ikerketa eta ebaluazio egoki bera bermatu; eta, beraz, haur eta nerabeen bizilekuaren arabera, udal batean bestean baino babestuago egon daiteke haur eta nerabea.

Hala eta guztiz ere, horrek ez du esan nahi gaur egun egiten diren ikerketa eta balioesteak desegokiak direnik, baizik eta haur eta nerabeak babesteko sistemak hobetzeko premia duela, batik bat, arriskuak eta babesgabetasunak ikertzean eta balioestean.

5.3. Proposamenak

Haur eta nerabeen babes sistema hobetu nahian, eta bereziki, udalek haur eta nerabeen arrisku edo babesgabetasun egoeren aurrean burutu beharreko ikerketen eta balioesteen kalitatea bermatzeko, besteak beste, beharrezkoa da jarraian zerrendatzen diren bezalako neurri zehatz batzuk abian jartzea.

5.3.1. Erregistroa eratzea

Debagoieneko udal gizarte zerbitzuek ez dute haur eta nerabeen arrisku edo babesgabetasun jakinarazpenak, ikerketak eta balioesteak jasotzen dituen erregistro espezifikorik (3. taula). Soilik, aurrekontuari lotuta, udal eskumenekoak diren arrisku edo babesgabetasun kasuetan udalek ezartzen dituzten babes neurrien erregistroa dute, eskuartze familiarra edo banakako terapia duten familien kopurua eta horrek dakarren kostu ekonomikoa jasotzen duen erregistroa, alegia.

3. taula. Adingabeen arrisku edo babesgabetasun jakinarazpen erregistroa

Espediente zenbakia	Jakinarazpen data	Nork jakinarazten du	Ikerketa eta balioeste amaiera	Ikerketa eta balioesteko ordu kopurua	Herri administrazioaren eskumena	Ezarritako babes neurria
1212	2013/05/01	Eskolak	2013/06/26	25	Foru Aldundia	—
0523	2013/04/12	Pediatrak	2013/05/29	30	Udala	Eskuartze familiarra

Iturria: Egileak egina

Beraz, erregistro horrek ez ditu kontuan hartzen haur eta nerabeen arrisku edo babesgabetasun jakinarazpen guztiak. Besteak beste, babesgabetasun egoerarik ez dagoela ondorioztatu diren kasuak; eta, bestetik, udal eskumeneko kasuak izan arren, eskuartze familiar edo terapia indibidualen antzeko babes neurririk ezarri ez diren kasuak; eta, azkenik, udalak ikertu eta balioztatu ondoren, babesgabetasun maila larriagatik gizarte zerbitzu espezializatuen eskumeneko kasu direla ondorioztatzen diren kasuak.

Kontuan eduki behar da, kasu horietan guztietan, haur edo nerabe baten arrisku edo babesgabetasun egoera baten jakinarazpena oinarritzko gizarte zerbitzuetara iristen denean, ikerketa berehala martxan jartzen dela, eta dagokion txostena eta balioestea burutzen dela. Egoera baten jakinarazpenak, ikerketak eta balioesteak, kasu batzuetan beste batzuetan baino gehiago, udal teknikariari denbora eta dedikazio asko eskatzen dio, baina ez du erregistratzen iristen zaizkion jakinarazpen, ezta bakoitzari eskaini dion denborarik ere.

Burutzen duten lan hori jasotzea beharrezkoa da, bereziki, zalantzan ez jartzeko udal teknikari horien lana, eta egin behar horrek eskatzen duen denboraz eta dedikazioaz ohartzeko. Horregatik, eskuartze familiarrean dauden familien kopurua erregistratzeaz gain, udalek jarraian proposatutako erregistroa eratu beharko lukete.

5.3.2. Erabakiak udal batzordetik pasatzea

Haur eta nerabeen arrisku edo babesgabetasun jakinarazpen baten aurrean ikerketa burututa dagoenean, egoeraren gaineko balioestea eta erabakia hartzea ez da erraza izaten. Ez da erraza, ez haur eta nerabeen arrisku edo babesgabetasun egoerak ikertzea bere egiteko bakarra duten teknikariarentzat, ez funtzio anitzak dituzten profesionalentzat, ezta lantaldea pertsona bakarrak osatzen dutenentzat ere.

Ohikoak dira haur eta nerabeen arrisku edo babesgabetasun kasuetan profesionalak erabakien gainean izaten dituzten zalantzak edo segurtasun faltak, eta beraz, ezinbestekoa da profesionalak babestuak sentitzea lankideen eta erakundeen aldetik. Egoera horren aurrean, elkarrizketatutako profesional batek jakinarazten du, burututako ikerketek eta hartutako erabakiek teknikarien sinadura ez ezik, udaleko gizarte zerbitzuetako

sailaren sinadura ere eramatea. Horretarako, ezinbestekoa da ongizate saileko batzordetik kasuaren gainean hartzen den erabakia pasatzea. Hori dela eta, 1. irudian agertzen den eredu proposatzen da.

1. Irudia. Ongizate Sailak hartzen duen erabakiaren txantiloia

_____/2013 ERABAKIA

_____-ko Udaleko Ongizate Sailak, 201____/____/____(e)an burututako batzordean, ____ espediente zenbakia duen familiako Haur edo Nerabearen Babesgabetasun Ikerketa eta Balioestea onartzea eta ondorengo neurria hartzea erabakitzen du:

☐ Gipuzkoako Foru Aldundiko Gizarte Zerbitzu Espezializatueta bideratzea.

☐ ____-ko Udaleko Ongizate Saileko eskumeneko kasu bezala onartzea eta ondorengo babes neurria ezartzea:

☐ Esku-hartze familiarra

☐ Terapia indibidual / familiarra

☐ Profesionalaren jarraipena

☐ _____

Dagokion eragina izan dezan, horrela jasotzen da _____(e)n 201____ko _____-ren ____ (e)an _____-ko Ongizate Saila

Izp.: (Saileko arduradunak edota politikoak sinatua)

Iturria: Egileak egina.

5.3.3. Gainbegiraketa taldea eratzea

AMIAN ikusi daitekeen bezala, Debagoienean ahulezi, mehatxu, indargune eta aukerak daude haur eta nerabeen arrisku edo babesgabetasuna ikertzerako eta balioesterako orduan. Kasu honetan, egun dauden ahulezi eta aukerez baliatuta, beharrezkoa da etorkizunean horiek indar guneetan bilakatzeo estrategian pentsatzea. Besteak beste, ondorengo alderdiak kontuan hartuko dira. Alde batetik, aukera bezala, elkarrizketatuek haur eta nerabeen arrisku edo babesgabetasun ikerketa eta balioestea hobetzeko beharra ikusten dute, eta hobetzeko prest daude; eta, beste batetik, ahulezia bezala, udaleko gizarte zerbitzuetako lantaldea pertsona bakarrak osatzen duenean edota lantaldea pertsona gehiagok osatu arren, haur eta nerabeen arrisku edo babesgabetasun

egoeren ikerketa eta balioestean burutzen duen pertsona bakarra izan da, eta profesionalak hartzen dituzten erabakien gainean zalantza gehiago izaten dituzte. Ahuleziazat ere profesionalen prestakuntza espezifiko eza hartu daiteke.

Estrategia hori baliatuta, beraz, Debagoienean haur eta nerabeen arrisku edo babesgabetasun egoeraren ardura duten profesionalentzat gainbegiraketa taldea eratzea egokia izango litzake. Gainbegiraketa taldeak helburu nagusitzat ondorengoa hartuko luke: besteak beste, udal teknikarien bakardadeari aurre egitea, udal teknikarien neke emozionala murriztea, eta haur eta nerabeen arrisku eta babesgabetasun egoeren ikerketa eta balioesteak hobetzea. Horretarako, jarraian zerrendatzen diren gainbegiraketa motak landuko lirateke:

- Kasu gainbegiraketa: hausnarketa kritikoa ahalbidetzeko eta jarduera profesionala edo kasuen eskuartzeak hobetzeko balio du. Konkreterik balio du: gainbegiraketa taldeko partaideek beraien eguneroko jarduera profesionalan edukitzen dituzten zalantzak

uxatzeko, behar duten informazioa eskuratzeko edota iradokizunak egiteko, besteak beste. Partaideen elkartrukea bultzatu eta ezagutza kritikoa ahalbidetzea du xede espazio honek.

- Prestakuntza gainbegiraketa: haur eta nerabeen babesgabetasun ikerketak eta balioesteak burutzen dituzten profesionalen prestakuntza ahalbidetzea, eta prestakuntza dutenen prestakuntza osatzea izango du helburu. Gainbegiraketa saioen bitartez, profesionalen euren lana efikaziaz egiteko baliabideak eskainiko zaizkie, baita identitate profesionala eta profesionalizazioa mantentzeko aukera ere.
- Laguntza gainbegiraketa: haur eta nerabeen babesgabetasun ikerketak eta balioesteak burutzen dituzten profesionalen laguntzen die euren jardunean sortzen zaizkien tentsioen eta zailtasunen aurrean. Gizakiaren sufrimendu eta arazoekin aurrez aurre lan egiten duten profesionalen gune espezifiko bat behar dute, batik bat, hausnarketarako, lanaren alderdi positiboak azaleratzeko, eta zenbait prozesu zergatik gertatu diren analizatu eta ulertzeko.

- ARARTEKO (2011): *Eusko Legebiltzarrerako urteko txostena 2011 / Informe anual al Parlamento Vasco 2011*, Gasteiz, Ararteko, 21-24, 56-59 eta 281-414 or.
- (2010): *Euskal Autonomia Erkidegoko oinarritzko gizarte zerbitzuen egoera. Arartekoak Legebiltzarrari egindako txosten berezia / La situación de los servicios sociales de base en la Comunidad Autónoma del País Vasco. Informe extraordinario de la Institución del Ararteko al Parlamento Vasco*, Gasteiz, Ararteko.
- (2009): *Eusko Legebiltzarrerako Txostena 2009 / Informe al Parlamento Vasco 2009*, Gasteiz, Ararteko.
- (1997): *Babesik gabeko haur eta nerabeentzako laguntza zerbitzuak / Atención a la infancia y a la adolescencia en situación de desprotección*, Gasteiz, Ararteko, 74-76 eta 145-154 or.
- ARIÑO, M. (1990): *Manual de técnicas utilizadas en trabajo social*, Donostia, Gizarte-Laneko Eskola / Escuela de Trabajo Social.
- ARRUABARRENA, M. I. (2009): “Procedimiento y criterios para la evaluación y la intervención con familias y menores en el ámbito de la protección infantil”, *Papeles del Psicólogo*, 30. bol., 1. zb., 13-23 or.
- (2004): *Haurrak babesik gabeko egoeretan daudenean esku hartzeko gida. Kasuen harrera, ikerketa, hasierako ebaluazioa eta esku hartzeko plana / Guía de actuación en situaciones de desprotección infantil. Recepción, investigación, evaluación inicial y elaboración del plan de intervención*, Donostia, Gipuzkoako Foru Aldundia [http://gipuzkoagazteria.net/informazioa/webproteccion/].
- ARRUABARRENA, M. I.; eta DE PAÚL, J. (2011): “Valoración de la gravedad de las situaciones de desprotección infantil por los profesionales de los servicios de protección infantil”, *Psicothema*, 23. bol., 4. zb., 642-647 or.
- CARRERAS, A. (2005): “Estética y trabajo social. El protagonismo de lo sensible”, *Cuadernos de Trabajo Social*, 18. bol., 99-120 or.
- CASTÉLLS, A. (2003): “La descentralización de políticas sociales en el Estado de bienestar”, *Bartzelona, Institut d’Economia de Barcelona* [http://www.ieb.ub.edu/index.php?option=com_phocadownload&view=category&download=189&id=5&Itemid=131], 2013-3-4ean kontsultatua].
- CENTRO DE DOCUMENTACIÓN Y ESTUDIOS SIIS DOKUMENTAZIO ETA IKERKETA ZENTROA (2011): *Informe de sobre la situación de los servicios sociales de la CAPV. Consejo Vasco de Servicios Sociales* [http://www.gizartelan.ejgv.euskadi.net/r45-contss/es/contenidos/informacion/publicaciones_organos_ss/es_public/adjuntos/Informe%20Consejo%20Vasco%20de%20Servicios%20Sociales.pdf], 2013-4-7an kontsultatua].
- CLUA-LOSADA, M.; eta SESÉK, A. (2012): “Situación y respuestas desde las administraciones públicas y el tercer sector a la infancia en riesgo de exclusión social a partir de la crisis”, in NAVARRO, V. (zuz.), *El impacto de la crisis en las familias y en la infancia. Observatorio Social de España*, 1. ed., Bartzelona, Ariel, 139-172 or.
- DE PAÚL, J. (2009): “La intervención psicosocial en protección infantil en España: evolución y perspectivas”, *Papeles del Psicólogo*, 30. bol., 1 zb., 4-12 or.
- ESPAINIA (2000): “Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil”, *Boletín Oficial del Estado*, 7. zb., 2000-1-8 [https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2000-323].

- (1996): “Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil”, *Boletín Oficial del Estado*, 15. zb., 1996-1-17, 1.225-1.238 or. [<http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1996-1069>].
- (1985): “Ley 7/1985, de 2 abril 1985, reguladora de las Bases del Régimen Local”, *Boletín Oficial del Estado*, 80. zb., 1985-4-3, 8.945-8.964 or. [<http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1985-5392>].
- (1979): “Ley Orgánica 3/1979, de 18 de diciembre, de Estatuto de Autonomía para el País Vasco”, *Boletín Oficial del Estado*, 306. zb., 1979-12-22 [<http://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1979-30177>].
- (1978): “Constitución Española”, *Boletín Oficial del Estado*, 311. zb. [<http://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1889-4763>].
- EUROPAKO KONTSEILUA (1961): *European Social Charter* [<http://conventions.coe.int/Treaty/en/Treaties/Html/035.htm>].
- EUROPAR BATASUNA (2012): “Versiones consolidadas del Tratado de la Unión Europea y del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea”, *Diario Oficial de la Unión Europea*, 2012-10-26, 2012/C 326/01 [<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=CELEX:C2012/326/01&qid=1401120441302>].
- (1992): “Resolución sobre una Carta Europea de Derechos del Niño”, *Diario Oficial de las Comunidades Europeas*, C 241, 1992-9-21 [<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?qid=1401121381409&uri=CELEX:51992IP0172>].
- EUSKAL AUTONOMIA ERKIDEGOA (2011): “230/2011 Dekretua, azaroaren 8koa, BALORA-Euskal Autonomia Erkidegoan haurrak eta nerabeak zaintzeko eta babesteko udaleko eta lurraldeko gizarte zerbitzuetan arrisku egoeren larritasuna balioesteko tresna”, *Euskal Herriko Agintaritzaren Aldizkaria*, 233. zb., 2011-12-12 [<http://www.euskadi.net/bopv2/datos/2011/12/1105937e.pdf>].
- (2008): “12/2008 Legea, abenduaren 5koa, Gizarte Zerbitzuei buruzkoa”, *Euskal Herriko Agintaritzaren Aldizkaria*, 246. zb., 2008-12-24, 31.840-31.924 or. [<http://www.euskadi.net/bopv2/datos/2008/12/0807143a.pdf>].
- (2005): “3/2005 Legea, otsailaren 18koa, haurrak eta nerabeak zaintzeko eta babesteko”, *Euskal Herriko Agintaritzaren Aldizkaria*, 59. alearen gehigarria, 2005-3-30, 1-84 or. [<http://www.euskadi.net/bopv2/datos/2005/03/0501476g.pdf>].
- (1996): “Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil”, *Boletín Oficial del Estado*, nº 15, 17-01-1996, pag. 1.225-1.238 [<http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1996-1069&lang=eu>].
- (1993): “5/1993 Legea, uztailaren 16koa, Autonomi Elkarrekin Osorako Erakundearen eta Bertako Kondaira Lurraldeetako Foruzko Ihardutze Erakundearen arteko harremanei buruzko Legea aldatzekoa”, *Euskal Herriko Agintaritzaren Aldizkaria*, 136. zk., 1993-7-20, 6.976-6.978 or. [<https://www.euskadi.net/r48-bopv2/eu/bopv2/datos/1993/07/9302370a.pdf>].
- (1982): “‘Gizarte-Zerbitzuak’ Maiatzaren 20ko 6/1982 Legea”, *Euskal Herriko Agintaritzaren Aldizkaria*, 71. zb., 1982-6-2, 1.263-1.273 or. [<http://www.euskadi.net/bopv2/datos/1982/06/8200685a.pdf>].
- FACAL, T. (2012): “Prevalencia del síndrome del burnout en trabajadores sociales de los servicios sociales comunitarios”, *Portularia*, 12. bol., 1. zb., 59-69 or.
- GONZÁLEZ-BUENO, G.; BELLO, A.; eta ARIAS, M. (2012): *La infancia en España 2012-2013: el impacto de la crisis en niños*, Madrid, Unicef-España. [http://www.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/Infancia_2012_2013_final.pdf], 2013-03-16 kontsultatua].
- JUARISTI, P. (2011): *Gizarte ikerketarako teknikak: teoria eta adibideak*, Euskal Herriko Unibertsitateko Argitalpen Zerbitzua [http://www.ehu.es/argitalpenak/images/stories/libros_gratuitos_en_pdf/Ciencias_Sociales/Gizarte%20Ikerketarako%20teknikak_B.pdf].
- LANBIDE (<http://www.lanbide.com>).
- LEZANA, J. M. (1997): “Detección, valoración e intervención en situaciones de desprotección infantil: conexiones con la red básica”, *Zerbitzuan*, 32. zb., 124-128 or. [<http://www.zerbitzuan.net/documentos/zerbitzuan/Deteccion,%20valoracion%20e%20intervencion%20en%20desproteccion%20infantil.pdf>].
- MARTÍN HERNÁNDEZ, J. (2005): *La intervención ante el maltrato infantil*, 1. ed., Madril, Pirámide.
- MASLACH, C. (1982): *Understanding Burnout. Job Stress and Burnout*, Beverly Hills, Paine WS.
- MASLACH, C.; eta JACKSON, S. E. (1997): *Inventario ‘burnout’ de Maslach. Síndrome del ‘quemado’ por estrés laboral asistencial*, Madril, TEA Ediciones.
- MOLINA, A. (2010): “La toma de decisiones profesionales en la protección de menores” [komunikazioa], in X Congreso Estatal de Infancia Maltratada, Sevilla, 2010ko azaroaren 4-6 [http://www.fapmi.es/imagenes/subsecciones1/MT_01_BAnto-nio%20Molina%20oFacio_PONENCIA_web.pdf], 2013-2-23an kontsultatua].
- MUNRO, E. (2005): “Improving practice: Child protection as a systems problem”, *Children and Youth Services Review*, 27. zb.
- (1999): “Common errors of reasoning in child protection work”, *Child Abuse and Neglect*, 23. bol., 8. zb., 745-758 or.
- NAVARRO, V. (2012) (zuz.): *El impacto de la crisis en las familias y en la infancia. Observatorio Social de España*, 1. ed., Bartzelona, Ariel.
- NAZIO BATUEN ERAKUNDEA (1989): *Convención sobre los Derechos del Niño* [<http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CRC.aspx>].
- (1959): *Declaración de los Derechos del Niño* [<http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/1386%28XIV%29>].
- (1948): *Giza Eskubideen Adierazpen Unibertsala* [<http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Language.aspx?LangID=bsq>].

- NOA, I.; eta SÁNCHEZ-MORENO, E. (2012): "Trabajo social, síndrome de estar quemado por el trabajo y malestar psíquico: un estudio empírico de una muestra de trabajadores/as sociales de la comunidad de Madrid", *Portularia*, XII. bol., ale berezia, 121-130 or. [<http://www.uhu.es/publicaciones/revistas/portularia/index.php?CDer=1&NR=1&volumen=&top=12&NArticulo=1127>].
- OLIVER, J. L.; BALLESTER, L.; eta ORTE, C. (2003): "El análisis 'DAFO' aplicado a la evaluación de necesidades en un contexto comunitario: una base para la actuación municipal en relación a programas de prevención del conflicto", in I Congreso Internacional 'Convivencia juvenil: repensar el conflicto', Palma de Mallorca, 2003ko otsailaren 26-28 [<http://redined.mecd.gob.es/xmlui/bitstream/handle/11162/7066/12040145REV.pdf?sequence=1>], 2013-6-22an kontsultatua].
- PARDO, M. (1997): "La organización de la protección a la infancia en Gipuzkoa: evolución y situación actual", *Zerbitzuan*, 32. zk., 118-123 or. [<http://www.zerbitzuan.net/documentos/zerbitzuan/Organizacion%20proteccion%20a%20la%20infancia%20Gipuzkoa.pdf>].
- ROLDÁN, E.; GARCÍA GIRÁLDEZ, T. (2006): *Políticas de servicios sociales*, Madril, Síntesis.
- RUIZ, J. (2009): "Capacidad del menor", en POUS, M. P.; eta TEJEDOR, L., *Protección jurídica del menor*, Madril, Colex, 29-60 or.
- RUSCIO, J. (1998): "Information integration in child welfare cases: An introduction to statistical decision making", *Child Maltreatment*, 3. zk., 143-156 or.
- SIMÓ-TEUFEL, S. (2004): "La valoración del riesgo del maltrato infantil en el ámbito de la protección infantil", *Bienestar y Protección Infantil*, 9. bol., 2. zk., 27-40 or.
- SULLIVAN, C. *et al.* (2008): "Perception of risk among child protection workers", *Children and Youth Services Review*, 30. zk., 699-704 or.
- WENGER, D. (1997): "Estado de Bienestar, políticas económicas actuales y vías alternativas", in ALEMÁN, M. C.; eta GARCÉS, J., *Política social*, Madril, McGraw-Hill, 79-98 or.

Procesos de exclusión social severa: de la escuela a la calle¹

Gabriel Robles Gavira

Área de Trabajo Social y Servicios Sociales, Delegación Municipal de Asuntos Sociales, Ayuntamiento de Cádiz

Facultad de Derecho, Universidad de Cádiz

<gabriel.roblesgavira@cadiz.es>

Ana Beatriz Pérez González

Área de Sociología, Facultad de Ciencias de la Educación, Universidad de Cádiz

Gure gizarteetan gero eta sarriagotan ezagutzen da bazterketaren tokia, izan ere, bidaiarien erritmo konstante bat mantentzen baita, betiere asmo dutelarik askotan lortzen ez den egokitze ekonomikoa izatea. Baina pertsona horientzat arazo gertatzen da ez jakitea noiz utziko dioten horrela bizitzeari. Artikulu honetan azaltzen denez, bide askoren artean, askotan gertatzen da horren irteera edo gelditze izatea absentismoa, eskola-porrota eta eskola uztea. Ikerketa honen xede da erakusten saiatu eta erakustea zeintzuk diren kontzeptu horien eta gizarte-bazterketaren arteko erlazio kausalak. Hezkuntza-faktore horien guztien elkartzeak azalduko luke gizarte-bazterketaren fenomenoaren izaera berri bat, eta baliteke argiago ezagutaraztea ohiko azterlanetan ilunpean gelditzen diren guneak.

GAKO-HITZAK:

Haurtzaroa, bazterketa, eskola-absentismoa, eskola-porrota, etxegabeko pertsonak.

Exclusión es un lugar que cada vez está más frecuentado en nuestras sociedades, porque mantiene un ritmo constante de viajeros que pasan momentáneamente con la intención de buscar un acomodo económico que no siempre logran. Pero un problema de estas personas es que no siempre saben cuándo saldrán de esa situación. En el presente artículo se plantea que uno de los puntos de partida o paradas importantes en el camino, entre otros muchos, es el absentismo, el fracaso escolar y el abandono escolar. El objetivo de esta investigación es tratar de mostrar y demostrar las relaciones causales entre estos conceptos y la exclusión social. Esa conjunción de factores educativos definiría un nuevo carácter del fenómeno de la exclusión social, descubriendo quizá más claramente zonas ocultas en los análisis habituales.

PALABRAS CLAVE:

Infancia, exclusión, absentismo escolar, fracaso escolar, personas sin hogar.

¹ Una versión previa de este artículo se presentó como comunicación en el IV Encuentro Internacional con Menores en Contextos de Riesgo, celebrado en Tetuán en 2012 (Pérez-González y Robles Gavira, 2012).

1. Introducción

Exclusión es un lugar que cada vez está más frecuentado en nuestras sociedades, porque mantiene un ritmo constante de viajeros. La utilización del término viajero es, en este caso, consciente, porque, como cuenta Paul Bowles (1992: 13):

Mientras el turista se apresura por lo general a regresar a su casa al cabo de algunos meses o semanas, el viajero, que no pertenece más a un lugar que al siguiente, se desplaza con lentitud durante años de un punto a otro de la tierra.

Ése es el gran problema de estas personas, que no saben cuando saldrán de Exclusión. Es un lugar al que se llega después de un largo viaje, que puede surgir en muchos orígenes y por diversas causas. Es un viaje que también está lleno de paradas, que pueden ser una oportunidad de mejora o el impulso imparable hacia un destino de exclusión.

En este trabajo se plantea que uno de los puntos de partida o paradas importantes en el camino, entre otros muchos, es el absentismo, el fracaso escolar y el abandono escolar. El objetivo de esta investigación es tratar de mostrar y demostrar las relaciones causales entre estos conceptos y la exclusión social. Esa conjunción de factores educativos definiría un nuevo carácter del fenómeno de la exclusión social, descubriendo quizá más claramente zonas ocultas en los análisis habituales.

El fenómeno de la exclusión ha cambiado: de una sociedad donde predominaban relaciones de desigualdad y subordinación vertical, hemos pasado a una sociedad donde tiende a predominar una nueva lógica de polarización en términos de dentro/fuera. Además, a la relajación de los sistemas de cobertura del Estado del Bienestar se une la profunda crisis económica internacional que está sufriendo el sistema capitalista. Esto implica, entre otros aspectos, profundizar en la brecha de un nuevo conjunto de colectivos excluidos, o en la ruptura de ciertos parámetros básicos de integración social, y situar en las zonas de vulnerabilidad a una variedad amplia de grupos sociales (Tezanos, 2008: 3). Las personas sin hogar representarían un caso extremo dentro de la exclusión social.

2. Metodología

Para abordar la problemática de esta investigación, lo metodológicamente idóneo sería realizar un estudio longitudinal con una muestra de niños/as o adolescentes absentistas que hayan tenido episodios de fracaso escolar que derivasen en el abandono del sistema educativo. Una mirada retrospectiva de estas personas sin hogar nos daría pistas de cuáles han sido los factores de riesgo presentes y los más comunes entre ellos, qué sucesos vitales estresantes han provocado fracturas en sus recorridos vitales, y por último, qué sinergias entre los factores de riesgo

temprano, sucesos vitales estresantes y trayectorias vitales han hecho que estas personas terminen engrosando las filas de la exclusión social severa.

Sin embargo, hasta ese momento esta investigación pretende acercarse desde un abordaje indirecto a este fenómeno tan complejo por la presencia tanto de condicionantes sociales como individuales. Primero, comparando los factores de riesgo de la exclusión y el absentismo escolar, para encontrar sus procesos comunes. Segundo, profundizando en los sucesos vitales estresantes que han podido marcar una y otra trayectoria. En efecto, en investigaciones sobre las personas sin hogar, se comprueba cómo, en los primeros años de vida, han sufrido malos tratos, problemas de drogas en los padres, abandono del menor, abandonos del hogar por los padres, estancia en un orfanato o fugas del hogar (Cabrera, Malueg-sini y López, 2002: 175-177).

Un primer paso sería definir las poblaciones de estudio. Primero, desde el campo de la educación, debe recordarse que se considera absentismo la falta de asistencia regular y continuada del alumnado de educación básica y obligatoria a los centros docentes donde se encuentran escolarizados, sin motivo de enfermedad o causa mayor que lo justifique (Junta de Andalucía, 2003). El fracaso escolar se basaría en las dificultades para alcanzar los objetivos marcados por el sistema educativo. Finalmente, el abandono sería el efecto final del proceso –y el menos deseable–, la retirada del individuo del sistema educativo (Fernández Enguita, Mena y Riviere, 2010: 19-20).

Por otro lado, el concepto de exclusión social se define como todas aquellas personas, colectivos o familias que, en algún sentido, se encuentran fuera de las oportunidades vitales que definen una ciudadanía social plena en las sociedades contemporáneas. Se trata de procesos sociales que adoptan diversas fases e implican limitaciones en el nivel de participación ciudadana y en el acceso a los recursos sociales. Conlleva estados anímicos de pérdida de identidad, infravaloración personal y desmotivación vital. Comprende privación del ejercicio de derechos sociales básicos. Puede recorrer la trayectoria vital de un individuo/familia a lo largo de su vida y ser un estado permanente. Dentro de la gran variabilidad de situaciones de vulnerabilidad y riesgo social que existen, se optará por delimitar al colectivo de estudio a través de la categoría A (sin techo) de la Tipología Europea de Sin Hogar y Exclusión Residencial ETHOS (Feantsa, 2005).

Para comparar los datos y sacar las conclusiones pertinentes, el estudio se centrará en la Encuesta a las Personas sin Hogar de 2012 del Instituto Nacional de Estadística (INE). También se consultarán otras encuestas del INE que pudieran estar relacionadas con esta problemática, como la Encuesta de Condiciones de Vida. El ámbito de la exclusión presenta más dificultades a la hora de encontrar series de encuestas específicas en las que se pueda apreciar una evolución y hacer comparaciones. Se hace

necesario, por tanto, recurrir a datos que, de forma indirecta, nos den pistas sobre las implicaciones de los dos fenómenos.

No ocurre así en el campo de la educación, que sí presenta series de datos con más largo recorrido y de diferentes instituciones. En este caso, se pueden encontrar series y datos sobre fracaso y abandono escolar en el INE, la Encuesta de Transición Educativo-formativa e Inserción Laboral (ETEFIL), pero también en los informes PISA o en el Sistema Estatal de Indicadores de Educación. Por otro lado, a escala local, contamos con los datos del Programa de Absentismo Escolar y del Centro de Acogida Municipal de la Delegación Municipal de Asuntos Sociales del Ayto. de Cádiz (Tabla 1). También se han llevado a cabo entrevistas al personal de los distintos servicios.

El objetivo es enlazar las dos fuentes de datos de poblaciones diferentes con la experiencia a lo largo de más de una década de intervenciones en los dos dispositivos señalados. Estas entrevistas armarán una transición entre ambas series de datos y aportarán un enfoque cualitativo a la investigación. La Tabla 1 muestra los datos totales de los/as niños/as incluidos en el Programa.

3. Algunos datos sobre el problema de la exclusión

Durante 2011, España tuvo un índice de Gini superior al 0,34, situándose de nuevo entre los países con mayor desigualdad de Europa. En concreto, era el país europeo donde mayor era la distancia entre el 10 % de la población con mayor renta y el 10 % de la población con menores ingresos: si esta última tenía una participación del 1,6 % de los ingresos, la población más rica tenía acceso a casi un 25 % de la renta. Además, los datos de entre 2004 y 2011 muestran cómo la décima parte de las personas más pobres redujeron su participación en la renta total en un 38,5 %. Sin embargo, el 10 % más rico vio aumentar, aunque fuera ligeramente, su renta en un 2,5 % (Muñoz del Bustillo, 2013: 25-28). Como consecuencia de todo lo anterior, en pocos años España ha pasado de encontrarse entre los puestos 9 y 10 en el

Índice de Desarrollo Humano de la ONU a hacerlo en los puestos 22-23.

En España, la tasa de pobreza ha llegado a superar el 21 %, con determinados sectores de población, como las familias numerosas y monoparentales y los hogares con una persona mayores de 65 años donde la pobreza ha alcanzado niveles del 40 %. Las Encuestas sobre Condiciones de Vida de 2009 a 2012 confirman una tendencia creciente en la tasa de pobreza, que ha pasado del 19,5 % al 21,1 %.

En cuanto al desempleo, los datos y las tendencias de la Encuesta de Población Activa (INE, 2012) no permiten ser muy optimistas. El nivel de paro juvenil se ha situado en el 50 %. Más de un millón y medio de familias tenían a todos sus miembros en desempleo. Los parados de larga duración han pasado del 23,7 % en 2007 al 48,2 % en 2011, es decir, se han duplicado. Para terminar, el sistema de protección al desempleo ha reducido su cobertura de cerca del 80 % al 63,4 % en 2012.

Cáritas, por ejemplo, pasó de atender a 350.000 personas en 2007 a llegar a más de un millón en 2011 (Cáritas Española, 2012). En 2012, se atendió a cerca de 23.000 personas en centros asistenciales de alojamiento y restauración (INE, 2012a). La mayor parte de estas personas eran hombres, menores de 45 años y españoles. El 50 % se contabilizaron en Cataluña, Madrid y Andalucía, las únicas comunidades autónomas que sobrepasaron el 10 %. Cerca de la mitad llevaba más de tres años viviendo en la calle y la mitad tenía hijos. En cuanto a las causas que provocaron su situación, 9 de cada 10 lo achacaban a tres motivos: la pérdida de trabajo (45 %), no poder pagar el alojamiento (26 %) y la separación de su pareja (21 %).

En el caso de Cádiz, durante 2012 el Centro de Acogida Municipal atendió a 840 personas (Delegación Municipal de Asuntos Sociales, 2012a). De éstas, más de 800, pernoctaron un total de 6.595 días en el Centro. Por otro lado, el Centro de Día 'Luz y Sal'², de Cáritas, atendió a 121 personas (Cáritas Diocesana de Cádiz y Ceuta, 2012).

La exclusión social severa tiene nombre de varón. El 90 % de las personas que pasaron por ambos

Tabla 1. Casos atendidos en el Programa de Absentismo Escolar del Ayto. de Cádiz, por curso escolar (2008/09/-2012/13)

	Curso									
	2008/09		2009/10		2010/11		2011/12		2012/13	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nuevos casos	77	45	74	60	55	63	63	73	69	67
Casos de cursos anteriores	93	55	50	40	32	37	23	27	34	33
Total	170	100	124	100	87	100	86	100	103	100

Fuente: Elaboración propia a partir de Delegación Municipal de Asuntos Sociales (2012b).

² En 2008, la Delegación de Asuntos Sociales del Ayuntamiento de Cádiz y Cáritas Diocesana de Cádiz y Ceuta firmaron un convenio de colaboración.

recursos eran hombres. Esta relación es constante desde hace varios años. El número de parejas era muy reducido, poco más de 10. Casi todos y todas eran españoles, y el resto se repartía entre toda una gama de nacionalidades de todo el mundo, sobre todo, europeas. Estos datos se mantienen para las dos instituciones (ibídem; Delegación Municipal de Asuntos Sociales, 2012a). No obstante, el trabajo de ‘Luz y Sal’ se basa en un proceso integral a largo plazo para modificar valores, actitudes y comportamientos de cara a una integración total y estable. En este caso, iniciaron un proceso de valoración 73 ciudadanos y se trabajaron procesos de larga estancia con 21 (Cáritas Diocesana de Cádiz y Ceuta, 2012).

Generalmente, son personas con un nivel de instrucción y educativo bajo (alrededor del 70 %), y, por tanto, su carrera laboral ha estado asociada a empleos de baja cualificación, que son los más vulnerables ante la crisis. No tienen ingresos o, si existen, son muy reducidos y se limitan a las rentas mínimas de inserción, salario social, pensiones no contributivas, renta activa de inserción o prestaciones similares. Carecen de redes sociales de apoyo y recursos. Otro aspecto muy importante es su estado de salud: un 25 % de las personas que pasan por el Centro de Acogida Municipal tienen problemas serios de salud, ya sean enfermedades graves o crónicas. Las más frecuentes están relacionadas con la salud mental y las secuelas del consumo abusivo de drogas.

4. Dimensiones del fenómeno

La exclusión social y del fracaso escolar son consecuencia de una multiplicidad de factores que actúan de forma interrelacionada. Requieren de una interpretación que conecte las esferas relacionadas con la persona, sus relaciones y redes sociales con la cultura en la que está inserta, y por último, y más importante, con las estructuras de desigualdad económica. Para situarnos en el contexto de la exclusión de las personas sin hogar, del absentismo y del fracaso escolar de estos jóvenes, nos centraremos en estas tres dimensiones, adaptándolas al contexto de la ciudad de Cádiz, por ser nuestro ámbito de estudio y trabajo. Sin embargo, ello no es óbice para que se tengan presentes las tendencias generales, como referencia de cara a anticipar posibles escenarios futuros y cambios en los perfiles y las dinámicas de la exclusión.

El Cuadro 1 muestra las causas del sinhogarismo, las variables que influyen en este fenómeno y los posibles desencadenantes de una situación de exclusión social severa. Seguramente, existen muchos más factores y desencadenantes de la situación de sinhogarismo, pero para el presente estudio este cuadro refleja con suficiente exactitud las variables que nos podemos encontrar en las situaciones estudiadas. Sobre todo, incluye aquellas situaciones que relacionan fracaso y abandono escolar con la exclusión social extrema.

Dimensiones/ causas del sinhogarismo	Factores implicados	Desencadenantes de la situación
Estructural	Desempleo/pobreza	Falta de recursos económicos
	Culturales/raciales/étnicos	Cierre del mercado laboral
	Vivienda	Impago/desalojo
Relacional	Desestructuración familiar	Salida del domicilio familiar
	Situación relacional	Violencia
	Rupturas	Salida del domicilio familiar, aislamiento, soledad
Individual	Discapacidad/enfermedad crónica	Consecuencias de la enfermedad
	Dificultades/limitaciones de aprendizaje	Problemas socioeconómicos
	Sucesos vitales estresantes	Trastornos psicológicos y deterioro físico y social

Fuente: Elaboración propia a partir de Federación de Entidades de Apoyo a las Personas sin Hogar (2011).

5. Resultados en relación con las dimensiones

5.1. Dimensión estructural

Esta primera dimensión abarca aquellas situaciones que se pueden enmarcar dentro del espacio de la economía. Una parte importante de los estudios sobre la exclusión ahondan en la centralidad del empleo, es decir, su carencia como factor fundamental de los procesos de exclusión. La exclusión del empleo como causa de una serie considerable de otras carencias como la vivienda, la educación o la calidad de vida. El trabajo es otro instrumento principal, y casi exclusivo, de inserción social.

Esta centralidad absoluta del empleo en nuestras sociedades tiene un matiz perverso. Las características de la sociedad informacional y posfordista superan la noción tradicional del trabajo y las condiciones laborales. Este nuevo modelo se encamina hacia un mercado y una sociedad duales: se precisan trabajadores altamente cualificados y preparados para las labores de diseño, programación, informatización, improvisación o creatividad; en cambio, otro tipo de trabajadores poco especializados, con bajos niveles educativos, formativos y de cualificación, se conciben como fácilmente sustituibles e intercambiables, ya sea por trabajadores con condiciones más precarias, por robots o por sistemas automatizados (Tezanos, 2008: 162-163).

En esta situación, niños/as y jóvenes con carencias educativas y formativas son candidatos privilegiados a engrosar las filas de la exclusión. La ausencia o deficiente escolarización representa la exclusión del sistema educativo y, por añadidura, la exclusión del

individuo en el futuro en los ámbitos social y laboral (Subirats, 2005: 72-73). Ya en el informe Foessa de 1998 (EDIS Equipo de Investigación Sociológica *et al.*, 1998), se constataba que la tasa de desescolarización era más alta cuanto más grave se hacía la pobreza. De hecho, el atributo con más peso para la salida del sistema educativo es el origen social del alumno (Fernández Enguita, Mena y Riviere, 2010: 71). Según los resultados del informe PISA 2003 analizados por Fernández Enguita, Mena y Riviere (2010), alrededor del 45 % de los/as hijos/as de padres con ocupaciones manuales cualificadas y no cualificadas tienen un riesgo elevado de fracaso escolar, y una tendencia similar se puede apreciar en relación con el nivel educativo de los padres (ibídem: 74). El riesgo de fracaso escolar afecta al 63 % de los/as hijos/as de padres sin estudios y al 46 % de aquellos/as que sólo poseen el título de primaria (ibídem: 75). Entre quienes abandonan la ESO, más del 75 % son hijos/as de padres que no tienen estudios o han alcanzado la educación obligatoria (ibídem: 76). Estos datos no dejan lugar a dudas: las diferencias en el rendimiento escolar pueden estar relacionadas con el origen social.

En el caso de Cádiz, la gran mayoría de alumnado absentista en riesgo de fracaso escolar se sitúa en familias con bajo nivel educativo y de cualificación laboral. Prácticamente el 80 % de los padres de los/as niños/as y adolescentes del Programa de Absentismo Escolar poseen un nivel educativo bajo. El techo educativo se encuentra en la educación obligatoria. Similares porcentajes arroja la cualificación laboral. Suelen ser trabajadores manuales no especializados, y una parte de los ingresos de la unidad familiar se complementa con ayudas de los

servicios sociales (Delegación Municipal de Asuntos Sociales, 2012b).

Otra serie de datos interesantes de analizar y presentar son las tasas de desempleo y su relación con el nivel educativo. Como es sabido, el paro y el nivel educativo se relacionan de forma inversa, es decir, a mayor nivel educativo menores tasas de paro. Por ejemplo, en el último trimestre de 2012 de los cerca de 6 millones de desempleados que había en España, el 55 % habían llegado, como máximo, a los estudios de enseñanza obligatoria y, a su vez, este dato se relaciona con el paro juvenil, que llegaba al 52 % (Martín Urriza, 2013: 48-50).

También se produce un salto cuantitativo importante entre aquellos que tienen como techo educativo la ESO y son mayores de 31 años, grupo que suponía el 38 % de los parados. En el caso de quienes están cerca de los 30 años o superan esa edad, el abandono precoz de los estudios puede ser consecuencia de la burbuja inmobiliaria. Éste ha sido y será un gran riesgo: alimentar una economía basada en dos sectores productivos, la construcción y la hostelería, muy extensiva en mano de obra, pero de baja cualificación, coyuntural y estacional. Los jóvenes dejaban de estudiar con un salario asegurado, se embarcaban en proyectos familiares y compraban casas. Ahora engrosan las filas del paro, tienen cargas familiares y corren el peligro de perder sus casas e incorporarse a las filas de la exclusión social.

Encontrarse en la calle y poseer un bajo nivel educativo también son dos factores muy relacionados. En este caso, el 5,7 % de las personas sin hogar en

Gráfico 1. Etapa educativa de abandono de los estudios (%)

Fuente: Delegación Municipal de Asuntos Sociales (2012b).

España no tienen estudios, el 11,8 % tienen estudios superiores y el grueso de las personas sin hogar se acumula entre quienes tienen estudios de primaria (22,2 %) y secundaria (60,3 %) [INE, 2012b]. Es decir, más del 80 % de los excluidos graves sólo han llegado, como máximo, a la educación obligatoria.

Por otro lado, la edad media de abandono de los estudios en este grupo es de 15,5 años (INE, 2012b), de forma que dicho abandono tiene lugar durante secundaria. Este dato es congruente con el mayor porcentaje de alumnos con problemas en Cádiz: cerca del 65 % de los casos se sitúan en secundaria y ese mismo porcentaje abarca al alumnado de entre los 14 y los 16 años (Delegación Municipal de Asuntos Sociales, 2012b). La edad a la que se produce el abandono de los estudios entre el alumnado gaditano es prácticamente idéntica a la edad en que se produce entre las personas sin hogar en España.

Sobre el abandono de los estudios, comentaba uno de los psicólogos del Programa³ que: “con el panorama que se presenta en sus casas..., que abandonen los estudios puede que sea el menor de sus problemas”. Aunque esto sea así y existan otros problemas más graves que acechan, lo cierto es que la desvinculación del sistema educativo implica muchas limitaciones para el futuro. Primero, porque en el ámbito laboral, en la mayoría de los casos, los empujará a la precariedad y el desempleo. Segundo, porque comienzan a mantener una relación de dependencia respecto al sistema, en lugar de como ciudadanos con derechos, servicios y opciones. También porque, de esta forma, en estos colectivos se truncan las pocas posibilidades de movilidad social ascendente que pudieran tener, o por lo menos, de mantenerse y no desplomarse más en la escala social. Es cierto que la educación ya no es el mecanismo que era en otros tiempos para escalar en la pirámide social, pero, para estas poblaciones, puede que sea de los pocos medios lícitos que tengan a su disposición. Ya lo postulaba Merton en su clásico *Teoría y estructura sociales*, al referirse al concepto de anomia y su tipología (Merton, 2002: 209-239).

Mencionar a Merton permitirá la transición hacia otra dimensión estructural muy importante: la determinada por los comportamientos culturales. El sociólogo americano consideraba que un acto desviado puede ser una adaptación normal de una persona corriente a un sistema desajustado entre medios y fines. Explica que los fines culturales son muy difíciles de conseguir o que están muy limitados por una estructura social desigual y, por otro lado, que los medios legítimos no presentan la misma disponibilidad para todos los individuos. Cuando la presión social impele a la búsqueda de objetivos inalcanzables, aparecen tensiones, sobre todo, entre los peor situados, porque rápidamente se advierte y se experimenta la imposibilidad de la meta.

Cuando la estructura cultural y la social están mal unificadas, exigiendo la primera una conducta y unas actitudes que la segunda impide, hay una tendencia al quebramiento de las normas, hacia la falta de ellas (ibídem).

Puede haber acuerdo respecto a los objetivos, pero la desigualdad de oportunidades provocará que muchos individuos o grupos generen medios acordes a sus posibilidades. En este caso, serían medios eficientes, pero, posiblemente, ilegítimos e ilegales: sería el tipo II de adaptación anómica de Merton, de innovación.

Más acorde para este trabajo sería el tipo IV de adaptación, de retraimiento. Estos individuos han rechazado los fines culturales y su conducta se sitúa fuera de las normas convencionales de la sociedad. Son los excluidos extremos, los sin techo, los drogodependientes, los enfermos mentales. Estas personas han fracasado, y después de jugar fuerte emocionalmente, consintieron en suscribir las metas y los medios sin obtener las recompensas prometidas. Sin embargo, no pueden recurrir a los medios ilegales, porque fueron socializados en la asimilación del orden normativo y se ven incapaces de transgredirlo. La contradicción se resuelve renunciando a medios y fines:

La pasividad de los padres se convierte en un círculo vicioso, los hijos la reproducen, y claro, es normal que en la escuela no vayan bien. Al final, ese pasotismo los lleva fuera del sistema educativo en la secundaria, la mayoría de las veces sin el título académico (psicólogo de la Delegación Municipal de Asuntos Sociales del Ayto. de Cádiz).

Hay muchas formas de sentirse extraño, diferente, separado y excluido de los demás. El ámbito económico es central, pero no determinante. Por ejemplo, sobran casos de personas con grandes recursos económicos que no tienen problemas ni sensación de sentirse excluidos. No obstante, a una escala más cotidiana, tenemos casos de grupos o colectivos que no tienen necesidades económicas, pero están separados, se han apartado o los hemos distanciado de la mayoría ‘normal’. Entre estas variables de exclusión, encontramos todas las que definen como ‘diferente’ a una persona: la etnia o raza, la lengua, la religión, la cultura, o el nivel de educación e instrucción.

Entre las personas sin hogar en España, el 45,8 % son extranjeras (INE, 2012b). En este grupo predominan los africanos (56,6 %), que, por otra parte, son los que presentan, física y culturalmente, mayor diferencia con los autóctonos. No se conoce ni reconoce su idioma, su religión ni su cultura. Además, como es en el caso de los musulmanes, hay una historia pasada de enfrentamientos, conquistas y reconquistas que forjan muchas imágenes y estereotipos respecto a ellos.

Determinadas comunidades que tienen lazos muy apegados a su tradición presentan niveles de abandono escolar temprano mucho más elevados.

³ Se utilizará genéricamente el término ‘psicólogo’ para referirse a cualquier terapeuta del programa.

El caso de los gitanos es paradigmático en este sentido, por sus características extremas (Fernández Enguita, Mena y Riviere, 2010: 84). Otro factor que aumenta las posibilidades de fracaso escolar es ser inmigrante, concretamente, del Sur. En la migración hay tres aspectos que, combinados, multiplican las posibilidades de fracaso escolar: a) el mismo proceso migratorio, con el choque cultural que conlleva, que es especialmente traumático para los adolescentes; b) la lengua; y c) los procesos educativos y de socialización que portan los adolescentes desde sus países de origen (aprendizajes, competencias, costumbres, ritmos). En cuanto al riesgo de fracaso escolar, entre los autóctonos llega a cerca del 35 %, mientras que entre los alóctonos sobrepasa el 55 %. Igualmente, si se compara a los que han repetido, los autóctonos lo han hecho en un 28 % de los casos y los alóctonos en un 35 % (ibídem: 86). Igualmente, los extranjeros tienden a abandonar su formación antes que los españoles: cerca del 80 % lo hace entre el primer y el segundo ciclo de la ESO, mientras que entre los españoles esa cifra se aproxima al 40 %, es decir, la mitad (ibídem: 88).

Dentro de los procesos de exclusión, la inmigración o las minorías étnicas pueden tener cierto protagonismo, y por esta razón se señalan, pero están poco presentes en Cádiz, donde además, están integradas, ya que la ciudad no presenta guetos, suburbios ni poblados chabolistas. La razón es simple: es una isla y carece de espacio.

5.2. Dimensión relacional

La dimensión relacional se vincula a las relaciones sociales interpersonales y a los estilos de convivencia en sociedad, es decir, a toda la serie de situaciones que pueden devenir de las interacciones entre las personas, sus redes sociales y los sistemas de sostén social de las comunidades.

Robert Castel (1998: 467-472) llama ‘procesos de desafiliación’ a las situaciones que se producen a lo largo del tiempo y que van destensando los nudos de las redes sociales. Progresivamente, el individuo se sumerge en un estado de desapego social y alejamiento del ámbito productivo. Es un desligamiento social de gran profundidad y, en cierta forma, está relacionado con el concepto de alienación. El autor llama a este fenómeno el ‘paradigma del individualismo negativo’, y corresponde al sentimiento de encontrarse alejado, ajeno y extraño en la sociedad que les ha tocado vivir. La sociedad moderna se puede interpretar, en este sentido, como el camino hacia el individualismo: desde lo comunitario y colectivo hacia el protagonismo del individuo, como un ser moral, autónomo, independiente y no esencialmente social. En el individualismo capitalista actual, el patrón podría ser una persona dueña de su empresa y su destino, que trabaja en libre competencia por su propio interés y que rechaza las formas colectivas de encuadramiento o desconfía de ellas, llámense partidos políticos, sindicatos, asociaciones. Un indi-

viduo sujeto de derechos y deberes bajo un sistema contractual basado en un acuerdo voluntario y tácito entre seres autónomos e independientes, en cambio, sería el individualismo positivo.

Sin embargo, se ha ido esparciendo subrepticamente otro individualismo, negativo, que se define en términos de falta de seguridad, de bienes, de vínculos, de atención, de derechos y de deberes en la práctica. El vagabundo es su paradigma. Su forma de individualismo es la independencia completa, la enajenación y disociación total del contrato social. Es un individualismo que se define por falta de marcos, no por la búsqueda de intereses. Este proceso de desafiliación del que habla Castel es especialmente grave cuando se produce en el seno de la familia durante la infancia y la adolescencia. Sobre todo, si estamos hablando de las familias con las que interviene el Programa de Absentismo y Fracaso Escolar en Asuntos Sociales, ya que al tratarse de un menor, la familia es un cauce obligado para la intervención. La mayoría son familias desestructuradas, es decir, con muchas carencias tanto económicas como sociales, culturales o relacionales. Son familias multiproblemáticas que, por sus características y contexto, pueden clasificarse como de alto riesgo, y por tanto, los menores están en un ambiente conflictivo.

La Encuesta a las Personas sin Hogar (INE, 2012b) incluye una pregunta sobre la situación familiar antes de los 18 años. Estas personas han vivido situaciones familiares muy problemáticas, como muestra el Gráfico 2.

Fuente: Elaboración propia a partir de INE (2012b).

Muchas de estas situaciones han conseguido que el adolescente sienta un desapego importante a su familia. De hecho, en la misma encuesta se preguntaba por la relación que las personas sin hogar mantenían con su familia: prácticamente no tenían contacto con otros miembros, o con su cónyuge o pareja (Tabla 2). La única excepción eran los hijos: cerca del 60% declaraba haber mantenido contacto con su hijo/a en el último mes.

Tabla 2. Personas sin hogar que no mantienen contacto con miembros de su familia, según parentesco (%), respuesta múltiple)

Miembro de la familia	%
Cónyuge o pareja	78
Padre	67
Madre	51
Hermanos	41
Hijos	29
Otros familiares	71

Fuente: Elaboración propia a partir de INE (2012b).

Por desgracia, la situación familiar conflictiva y multiproblemática es un caldo de cultivo excepcionalmente propicio para lograr que una persona acabe teniendo graves problemas personales, relacionales, psicológicos, educativos, económicos y de diverso tipo, en el futuro. En el caso de las familias sujetas al Programa de Absentismo Escolar en Cádiz, los problemas más importantes con los que se encuentran los menores son los relativos a las drogas o la delincuencia de los padres, presentes en cerca de un tercio de los casos. Además, generalmente, estas situaciones acaban en estancias en la cárcel. Drogas y delincuencia son dos estilos de vida que van muy unidos y tienen un resultado grave de desamparo hacia el menor, ya que la supervisión parental prácticamente desaparece ante la urgencia y la necesidad de satisfacer la adicción, o la ausencia que provoca las temporadas que pasan en prisión y la desestabilización que eso provoca.

Según entrevista mantenida con los psicólogos del Programa, existe otro problema importante que se presenta en las familias y que condiciona el estilo educativo y socializador:

Existe un gran grupo que tiene fuertemente limitadas sus capacidades intelectuales. No es que sean enfermos mentales, o por lo menos no están diagnosticados. Son personas normales, pero es que no saben, no llegan, están en el límite. Así, ante los problemas hacen dejadez, 'pasan de todo', no se enfrentan a ellos, no cogen las riendas de sus vidas y toman decisiones, sino que se quedan en una actitud pasiva, inmóvil, inertes; y entonces, sus problemas y los problemas de sus hijos les pasan por encima (psicólogo de la Delegación Municipal de Asuntos Sociales del Ayto. de Cádiz).

Esta persona seguía argumentando que:

Claro, esto implica otro problema, el de las relaciones sociales, que en un futuro serán las redes y recursos de apoyo de los que carecerá el menor para enfrentarse a situaciones límite de la vida. Las familias no integran a los niños en una vida social que los incluya en actividades, ni en grupos, ni en colectivos diferentes. Las únicas alternativas son, o la casa, que es insostenible, o la calle (psicólogo de la Delegación Municipal de Asuntos Sociales del Ayto. de Cádiz).

Esta indolencia se convierte en un factor de riesgo muy importante cuando hablamos de la infancia y la adolescencia. Según la experiencia de los trabajadores del Programa y la evolución de los casos que presentan esta casuística, los adolescentes tienden al aislamiento. Se limita la relación y la vinculación que se produce a estas edades con los iguales. El adolescente sufre un proceso de etiquetado que lo estigmatiza en sus relaciones y condicionará sus estilos de relación en el futuro. El proceso de etiquetado (Becker: 1971), analizado por el interaccionismo simbólico, en estos casos es importante y clarificador, sobre todo, unido al estudio de la reacción social. Es interesante leer el discurso y luego seguir analizando la importancia de este concepto:

Imagina, como muchos casos que tenemos. Los padres no se ocupan del chico, no lo mantienen aseado, huele mal, la ropa sucia y desaliñada, etc. Esto, ya de por sí, es una situación muy incómoda para el chico, sobre todo, porque tiene la oportunidad de compararse con los demás y no van así. Ahora, el niño coge piojos, y además los puede contagiar. Inmediatamente, el resto de niños lo empiezan a llamar 'el piojoso' y no se querrán relacionar con él. Incluso sus padres les dirán que no se junten con él. Los niños son seres muy sociales; si a esas edades, tú eres el raro, el que no quieren tener cerca, 'el piojoso'. Ese chico comienza a retraerse, a aislarse, y aprenderá a vivir en su mundo propio. Este caso, puede ser perfectamente un candidato perfecto para la desviación o la exclusión (psicólogo de la Delegación Municipal de Asuntos Sociales del Ayto. de Cádiz).

Esa acción individual, el comportamiento de los padres que condiciona la vida del chico, y la reacción social que produce el grupo son factores que pueden construir la desviación y la exclusión. En la formación de la identidad, participa de modo decisivo la reacción de los otros, ya que la construcción de la identidad es un proceso social. Las personas a quienes se aplica la etiqueta de desviado aumentan sus posibilidades de consolidar la desviación por las consecuencias que ello tiene para su autoimagen y su imagen social. La etiqueta facilita los futuros comportamientos desviados, sería una vía de desviación y exclusión. El proceso es el siguiente: desviación → sanción social → desviaciones secundarias → hostilidad al sancionador → enfrentamiento → identificación o estigmatización social →

fortalecimiento y aceptación del estatus (Cid Moliné y Larrauri, 2001: 202-209). Al final, es la profecía que se autocumple.

5.3. Dimensión individual

Los elementos de carácter individual que intervienen en estos procesos son tanto los relativos a la adscripción personal (edad, sexo, personalidad, raza) como los adquiridos a través de las vivencias y estilos de vida (adicciones, antecedentes penales, separaciones y divorcios) [Sánchez Morales, 1999: 40]. A escala individual, además de las variables anteriores, podemos definir los condicionantes que afectan a estas personas haciéndolas precipitarse hacia la exclusión como sucesos vitales estresantes. Los sucesos vitales estresantes harían referencia a situaciones de profunda gravedad emocional. Son momentos en los que psicológicamente nos encontramos hundidos, por ejemplo, el fallecimiento traumático de un ser querido, la enfermedad, las adicciones, la delincuencia/cárcel, el desempleo, las rupturas familiares o relacionales. Muchos estudios apoyan la idea de que lo significativo en las personas sin hogar es que suelen vivir una serie de sucesos vitales estresantes superior a la media del resto de personas (Muñoz, Vázquez y Vázquez, 2003).

Estos sucesos se acumulan a lo largo de los primeros años de vida y la juventud, y marcan negativamente las trayectorias vitales de los sujetos. De hecho, las personas sin hogar han sufrido, de media, cinco experiencias graves en su vida antes de cumplir los treinta años (Cabrera, Malguesini y López, 2002: 177). En esta línea, cabe apuntar que el 30 % ya ha pasado por alguna experiencia negativa en su primera infancia (hasta los 10 años), cuando más vulnerables somos. Han pasado por situaciones muy difíciles y los recursos de los que dispone la sociedad no han

sido suficientes para prevenir o minimizar el choque de esos sucesos en sus vidas. Se podría argumentar que el sinhogarismo no sólo es un problema personal, sino un fracaso de las instituciones y los servicios de prevención y atención ante estos momentos críticos en la vida de las personas.

Los chicos y chicas incluidos en los programas de Asuntos Sociales van por ese camino. En cerca de un 30 % de los casos, sus padres tienen o han tenido problemas graves con las drogas y alrededor de un quinto del total han tenido problemas con la Justicia que a menudo han terminado en el ingreso en prisión. Como se comentaba anteriormente, otro tercio sufre problemas de abandono, desidia o apatía con respecto a la educación y crianza de sus hijos, y en un 25 % de los casos el padre ha desaparecido o ha dejado de atender sus obligaciones paternas; en estas circunstancias, las mujeres solas han tenido que llevar el hogar, la mayoría de las veces con limitadísimos recursos.

Este panorama es desalentador para los profesionales, pero más aún para los propios protagonistas, que, si se cumplen las tendencias estadísticas, acabarán engrosando las filas de los desviados, marginados o excluidos. También hay que decir que, si bien todos los fracasos y abandonos escolares no tienen por qué acabar en el sinhogarismo, casi todas las personas sin hogar han abandonado los estudios a edad temprana.

6. Conclusiones

En los últimos años, se han detectado tres retos en materia de infancia y exclusión (Clua-Losada, Sessé y Tur, 2011: 83), que se concretan en la formación, la prevención y coordinación de los servicios que atienden a estos colectivos. En este apartado de

Tabla 3. Sucesos vitales estresantes en personas sin hogar, según el periodo de la vida en el que ocurren (% respuesta múltiple)

≤ 10 años		10-20 años		20-30		30-40 años	
Suceso	%	Suceso	%	Suceso	%	Suceso	%
Malos tratos	21	Expulsión	8	Muerte de la madre	52	Muerte de la pareja	10
Consumo parental de drogas	24	Fuga	31	Muerte del padre	64	Cárcel	29
Abandono	10	—	—	Alejamiento	40	Intento de suicidio	26
Orfanato	14	—	—	Enfermedad física	42	Desempleo	67
Abandono parental del hogar	11	—	—	Enfermedad mental	13	Problemas económicos	71
—	—	—	—	Ingreso en hospital psiquiátrico	17	Pérdida de la vivienda	16
—	—	—	—	Consumo de drogas	17	—	—
—	—	—	—	Consumo de alcohol	47	—	—

Fuente: Cabrera, Malguesini y López (2002: 175-177).

conclusiones intentaremos hacer algunas sugerencias al respecto.

La diferencia mencionada al principio entre viajero y turista reside en la autopercepción respecto al control de la propia vida y el enquistamiento de la estigmatización. El nómada lo puede ser por propia convicción, pero si su autopercepción incluye la imposibilidad de emprender o retomar un proyecto viable de vida, le resultará muy difícil salir del círculo de la autoexclusión en el que se mantiene. Asimismo, no podrá intervenir sobre otras cuestiones que tienen relación con su propia vida y las personas que entran en ella. Le será más difícil ilusionar a su pareja o hijos, o recrear un posible futuro para ellos. El horizonte social cerrado, por tanto, entra dentro de las posibilidades más difíciles de variar si se trata de una consideración de incapacitación personal. Desafortunadamente, esta falta de proyecto de futuro incide de nuevo sobre los menores.

La inmigración, uno de los factores que incide en el resultado de la exclusión, provoca efectos que no siempre terminan resolviéndose: la desagregación familiar es un hecho en la provincia de Cádiz (Robles Gavira y Pérez-González, 2014). La inmigración que conduce a la exclusión descompone las familias – hombres o mujeres que se instalan solos hasta que pueden reunir al resto de sus miembros– y esto, a su vez, incide sobre la socialización de los menores y el sentimiento de desapego.

La desafección, o las relaciones difusas e intermitentes de las que dan cuenta sociólogos como Castel (1998) o Bauman (2005 y 2007), forman parte también de una sociedad compleja y de cambios. Hemos aludido al fracaso de las instituciones y las políticas en cuestiones tales como el sinhogarismo. Es evidente que las instituciones de atención en el Estado del bienestar se crean para regular y atender cuando existen problemas. Si la atención se destina sobre todo al mantenimiento y no a la subsanación de carencias, los organismos encargados deben cuestionar y evaluar su función. Es cierto que también en momentos de crisis estas cuestiones se

multiplican, aparecen ‘nuevos pobres’ y, por tanto, nuevos excluidos en todos los planos: en el laboral, y por sus efectos, también en el escolar.

El desapego en la red de relaciones y en la socialización es una de las cuestiones sobre las que habría que trabajar, no sólo por la falta de los efectos sociales, sino por la temida producción de una socialización ineficaz que conduzca directamente a situaciones de exclusión y, como hemos dicho, de autoexclusión. Esta última se experimenta, si cabe, más aún en la escuela. Deshacer la cadena de absentismo/fracaso y abandono de la exclusión social debería ser también una cuestión vinculada con la institución escolar. Si las escuelas no pueden hacer nada por ayudar en la desigualdad social, al menos sí podrán hacerlo en relación a las carencias socializadoras y al autoconvencimiento que algunos terminan perteneciendo a la clase de los excluidos. Pero de momento, las instituciones escolares sólo son ‘delatorias’ de lo que ya es evidente: cuando los niños y niñas en las escuelas están en situaciones difíciles, insostenibles, que se ven reflejadas tanto en su comportamiento como en los resultados, sus técnicos no hacen sino avisar a otros técnicos (los servicios sociales de los ayuntamientos) de que se da esta situación. O se hacen adaptaciones específicas, centrándose en cuestiones escolares, cuando lo que deberían hacer sería actuar de forma integral sobre las raíces de los problemas. La cuestión es que ‘esos problemas’ están excesivamente compartimentados y, por tanto, la resolución es más complicada.

Sólo en algunos casos se ha avanzado en la difícil relación familia-escuela. Un ejemplo son los compromisos educativos que se hacen firmar a los padres y madres para que retomen las tareas de formación de su prole. Es decir, estamos planteando que se deben diseñar nuevas estrategias para que estos ‘nuevos excluidos’ comiencen a caminar y que éstas deberían centrarse en la relación familia-escuela, trabajando quizá en una tutorización más cercana en el caso de estos niños y niñas en riesgo de exclusión y autoexclusión. Entonces la escuela cumpliría su función social socializadora.

- BAUMAN, Z. (2007): *Modernidad líquida*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica (1ª ed.: 2000).
- (2005): *Amor líquido: acerca de la fragilidad de los vínculos humanos*, México D. F., Fondo de Cultura Económica.
- BECKER, H. (1971): *Los extraños*, Buenos Aires, Amorrortu.
- BOWLES, P. (1992): *El cielo protector*, Barcelona, RBA (1ª ed.: 1949).
- CABRERA, P.; MALGESINI, G.; y LÓPEZ, J. A. (2002): *Un techo y un futuro. Buenas prácticas de intervención social con personas sin hogar*, Barcelona, Icaria.
- CARITAS DIOCESANA DE CÁDIZ Y CEUTA (2012): *Memoria del Centro de Día de Personas sin Hogar 'Luz y Sal'*; Cáritas Diocesana de Cádiz y Ceuta; Hijas de la Caridad de San Vicente de Paúl.
- CÁRITAS ESPAÑOLA (2012): "La red de acogida de Cáritas constata un aumento de la pobreza, la desigualdad y la injusticia social", 24-09-2012 [http://www.caritas.es/noticias_tags_noticialInfo.aspx?Id=6017].
- CASTEL, R. (1998): *La metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado*, Barcelona, Paidós.
- CID MOLINÉ, J.; y LARRAURI, E. (2001): *Teorías criminológicas*, Barcelona, Bosch.
- CLUA-LOSADA, M.; SESSÉ, A.; y TUR, M. (2011): "Infancia y exclusión social en España: realidades y retos a partir de la crisis", *Zerbitzuan*, nº 50, págs. 71-84 [<http://dx.doi.org/doi:10.5569/1134-7147.50.06>].
- DELEGACIÓN MUNICIPAL DE ASUNTOS SOCIALES (2012a): *Memoria del Centro de Acogida*, Cádiz, Ayuntamiento de Cádiz.
- (2012b): *Memoria del Programa de Absentismo Escolar. Curso 2012/13*, Cádiz, Ayuntamiento de Cádiz.
- EDIS EQUIPO DE INVESTIGACIÓN SOCIOLÓGICA *et al.* (1998): *Las condiciones de vida de la población pobre en España. Informe General*, Madrid, Fundación Foessa; Cáritas.
- FEANTSA (2005): *Tipología Europea de Sin Hogar y Exclusión Residencial ETHOS*, Federación de Entidades de Apoyo a las Personas sin Hogar [http://www.feantsa.org/spip.php?action=acceder_documento&arg=831&cle=855b5db383c68b209672204bfo2faf3cc4caca09&file=pdf%2Fethos_spain-2.pdf&lang=en].
- FEDERACIÓN DE ENTIDADES DE APOYO A LAS PERSONAS SIN HOGAR (2011): *Por la elaboración de una estrategia estatal para la prevención y erradicación del sinhogarismo. Propuestas a los partidos políticos (elecciones generales en el Estado español)*, Federación de Entidades de Apoyo a las Personas sin Hogar [http://www.provivienda.org/wordpress/wp-content/uploads/2011/09/FEPSh_2011.pdf].
- FERNÁNDEZ ENGUITA, M.; MENA MARTÍNEZ, L.; y RIVIERE, J. (2010): *Fracaso y abandono escolar en España*, Barcelona, Fundación La Caixa.
- JUNTA DE ANDALUCÍA (2003): "Plan Integral para la Prevención, Seguimiento y Control del Absentismo Escolar", *Boletín Oficial de la Junta de Andalucía*, nº 235, 5-12-2003, [<http://www.juntadeandalucia.es/boja/2003/235/d6.pdf>]; véase también [http://www.juntadeandalucia.es/averroes/ies_macarena/pdc/proyecto/absentismo/planabsentismo.pdf].
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (2012a): Encuesta de Población Activa [http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t22/e308_mnu&file=inebase&L=0].

- (2012b): Encuesta sobre Personas sin Hogar [<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?L=o&type=pcaxis&path=%2Ft25%2Fp454&file=inebase>].
- (2009-2012): Encuesta de Condiciones de Vida [<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t25/p453&file=inebase>].
- MARTÍN URRIZA, C. (2013): “Paro y desigualdad: la desigualdad construida”, *Revista Temas*, nº 218-219, págs. 48-50.
- MERTON, R. K. (2002): *Teoría y estructuras sociales*, México D.F., Fondo de Cultura Económica (1ª ed.: 1949).
- MUÑOZ, M.; VÁZQUEZ, C.; VÁZQUEZ, J. J. (2003): *Los límites de la exclusión. Estudio sobre los factores económicos, psicosociales y de salud que afectan a las personas sin hogar en Madrid*, Madrid, Témpora.
- MUÑOZ DEL BUSTILLO, R. (2013): “La gran brecha: desigualdad personal de la renta en España”, *Revista Temas*, nº 218-219, págs. 25-28.
- PÉREZ-GONZÁLEZ, A. B.; y ROBLES GAVIRA, G. (2012): “Camino a la exclusión. Relaciones entre el fracaso y abandono escolar y los procesos de exclusión social severa” [comunicación], IV Encuentro Internacional con Menores en Contextos de Riesgo. Tetuán, 23/28-09-12 [<http://hdl.handle.net/10498/15702>].
- ROBLES GAVIRA, G.; y PÉREZ-GONZÁLEZ, A. B. (2014): “Images and significant aspects of the integration of immigrants in the Western Mediterranean. The unsaid: The two sides of immigration” [comunicación], III. European Conference on Social and Behavioral Sciences, 6/8-2-2014, Sapienza Università di Roma.
- SÁNCHEZ MORALES, M. R. (1999): *La población ‘sin techo’ en España: un caso extremo de exclusión social*, Madrid, Sistema.
- SUBIRATS, J. (dir.) (2005): *Análisis de los factores de exclusión social*, Bilbao, Fundación BBVA.
- TEZANOS, J. F. (2008): *La sociedad dividida. Estructura de clases y desigualdades en las sociedades tecnológicas*, Madrid, Biblioteca Nueva.

Jóvenes en la encrucijada de la desventaja: análisis de las situaciones de desventaja social y conductas de riesgo en Vitoria-Gasteiz

**Grupo de Trabajo Interdepartamental,
Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz**

<planjoven2@vitoria-gasteiz.org>

Gasteizko Udalaren II. Gazte Plana onartu zen 2012an, eta bertan onartzen zen arabar hiriburuan bizi diren gazteen gizarte-desabantaila eta arrisku-jokabideetako egoerak identifikatzeko azterlan bat burutzea. Artikulu honek laburbiltzen du aipaturiko azterlana eta gaur egun praktikan jartzen ari diren bertako eskuartzerako gomendioak.

GAKO-HITZAK:

Gizarte-desabantaila, arrisku-jokabideak, gizarteratzea, prebentzioa.

El II Plan Joven Municipal de Vitoria-Gasteiz, aprobado en 2012, contemplaba la realización de un estudio con el doble objetivo de identificar las situaciones de desventaja social y las conductas de riesgo de la juventud residente en la capital alavesa, y de proponer medidas para abordarlas. El presente artículo sintetiza dicho estudio, cuyas recomendaciones de intervención se están poniendo en práctica actualmente.

PALABRAS CLAVE:

Desventaja social, jóvenes, conductas de riesgo, inclusión social, prevención.

1. Presentación

El trabajo que presenta este artículo es el resumen de un estudio elaborado por el Grupo de Trabajo Interdepartamental del Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz, coordinado desde el Plan Joven, que depende de la Unidad de Juventud y el Servicio de Educación municipal¹. En el grupo han trabajado conjuntamente técnicos del Servicio de Centros Cívicos, del Servicio de Salud, del Departamento de Asuntos Sociales, del Servicio de Policía Local, además de Juventud y Educación². El proceso de investigación fue apoyado por otras instituciones y asociaciones competentes en el tema, que aportaron datos al inicio del proceso y contrastaron los resultados del diagnóstico al final. Como consecuencia de este trabajo, se han diseñado acciones que el III Plan Joven Municipal (2013-2015) comienza ahora a desarrollar.

2. Contextualización

El II Plan Joven Municipal de Vitoria-Gasteiz (Servicio de Juventud, 2010), en su proceso de diseño, contempló la necesidad de abordar la desventaja social y las conductas de riesgo entre las personas jóvenes, que se veía como una necesidad compartida por los agentes que participaron en la elaboración de dicho Plan (asociaciones relacionadas con esta casuística, personal técnico de los departamentos con competencias en los ámbitos aquí analizados y representantes políticos de todos los grupos que en aquel momento conformaban la corporación municipal).

En primer lugar, el grupo de trabajo técnico realizó una labor de búsqueda de consenso en cuanto a qué entendíamos por situaciones de desventaja y conductas de riesgo, cómo se articulaban en la realidad de las personas jóvenes y cuáles eran las situaciones y conductas que debíamos incluir en el correspondiente análisis. Todo esto se plasmó en un documento de partida (véase el apartado 4). Después, se solicitó información a las diferentes administraciones y entidades relacionadas con el contenido de trabajo. La respuesta, en general, puede calificarse de positiva, aunque en algunos casos no se pudieran conseguir los datos de un modo segmentado, tal como se demandaban.

Recopilada la información relevante, en un trabajo bilateral entre la Unidad de Juventud y los distintos departamentos o servicios, se procedió a un diagnóstico de la situación en Vitoria-Gasteiz (véase el apartado 5). Somos conscientes de que muchos factores o situaciones de desventaja y conductas de riesgo no se pueden valorar de una manera aislada y que deben ser analizados de forma conjunta, pero sistematizar el

estudio mediante fichas sirvió al grupo para avanzar, de un modo transversal, hacia un horizonte en el que la intervención, ya sea de carácter preventivo o asistencial, se realice de forma coherente y coordinada.

En este tiempo que nos ha tocado vivir, estamos asistiendo a una nueva problemática de la salud pública generada por la propia crisis, que pone en evidencia alguno de los factores de desventaja, como la situación socioeconómica de muchas familias, la derivada de los recortes de las distintas administraciones o la situación de la formación ocupacional, con las consecuencias que conlleva en las personas jóvenes en desventaja.

Como fruto final de la labor realizada, se redactó una serie de recomendaciones técnicas para orientar el trabajo futuro de los diferentes servicios y departamentos en la definición de programas, acciones o planes que contemplen actuaciones en los diferentes ámbitos incluidos en el informe.

3. Metodología de trabajo

La metodología utilizada en la elaboración del informe se basó en la coordinación interdepartamental e interinstitucional. De modo sintético, éstos fueron los pasos seguidos:

- Búsqueda de consenso en la definición conceptual.
- Búsqueda de datos relevantes en el análisis de la realidad estudiada.
- Análisis de los datos.
- Plasmación de los datos en informes, clasificados por ámbitos.
- Concreción de los factores o situaciones de desventaja y conductas de riesgo en fichas que facilitaran el estudio de la información. Cada ficha se estructuraba de la siguiente manera: a) descripción de la situación de desventaja o conducta de riesgo; b) datos; c) análisis de los datos; d) propuestas de intervención.
- Contraste del análisis y de las fichas con otros agentes, tanto municipales como de otras instituciones.
- Elaboración del documento final, y divulgación al personal técnico y a la representación política.

Los criterios metodológicos se han adecuado a la realidad encontrada, tratando siempre de reflejarla desde varios ámbitos, ya que la realidad juvenil no es algo que se pueda compartimentar, sino que debe analizarse desde una perspectiva integral, que nos permitirá, en última instancia, ofrecer una respuesta adecuada.

El informe no agotaba las situaciones de desventaja ni las conductas de riesgo, ya que algunas de ellas no permiten fácilmente su separación y diferenciación de las otras.

¹ Grupo de Trabajo Interdepartamental, *Jóvenes en la encrucijada de la desventaja: análisis de las situaciones de desventaja social y conductas de riesgo en Vitoria-Gasteiz*, Vitoria-Gasteiz, Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz, 2012 [<http://www.vitoria-gasteiz.org/wbo21/http://contenidosEstaticos/adjuntos/es/88/10/48810.pdf>].

² A todos ellos, el agradecimiento desde el Plan Joven, por su ayuda e implicación en un tema tan importante en el desarrollo de políticas de juventud.

4. Documento de partida

4.1. Desventaja social y conductas de riesgo en las personas jóvenes

Como se ha mencionado, una de las líneas de trabajo del II Plan Joven Municipal (en concreto, la nº 4, titulada 'Integración y socialidad') contemplaba, entre sus acciones, la configuración de un grupo de trabajo transversal sobre prevención y conductas de riesgo. Este equipo estaba conformado por personal técnico del Servicio de Policía Local (Departamento de Seguridad Ciudadana), el Servicio de Salud Ambiental (Departamento de Medio Ambiente y Espacio Público), el Departamento de Asuntos Sociales y de las Personas Mayores, la Unidad de Juventud (Servicio de Planificación Cultural y Fiestas) y el Departamento de Servicios a la Ciudadanía y Deportes (Servicio de Centros Cívicos y Servicio de Educación). Los objetivos de este grupo fueron tres:

- Elaborar un documento que facilitara la aproximación a los conceptos de desventaja social y de conducta de riesgo.
- Realizar un diagnóstico de la situación en Vitoria-Gasteiz.
- Estructurar un plan de acción en torno a la desventaja y las conductas de riesgo entre las personas jóvenes de la ciudad.

En respuesta al primero de esos objetivos, se redactó lo que denominamos documento de partida, fundamentado en dos trabajos que están considerados como referencias destacadas en la aproximación conceptual que nos ocupa: *Jóvenes en situación de desventaja social: políticas de transición entre la construcción social y las necesidades de una juventud vulnerable*, de René Bendit y Dermot Stokes (2004), y *Las constelaciones de desventaja se hacen visibles en España*, de Germán Gil Rodríguez (2007). No se trataba tanto de asumir ideológicamente lo que proponen, ni tampoco de trasladar su interpretación a la realidad de nuestra ciudad, como de que nos sirvieran para clarificar nuestro mapa conceptual y poder establecer un plan de intervención basado en una idea compartida.

4.2. Juventud desfavorecida y concepto de desventaja social

La definición de juventud desfavorecida está supe-
ditada a la de desventaja, ya que ambos términos se
han intimamente relacionados: podemos identi-
ficar la juventud desfavorecida con aquella que vive en
situaciones de desventaja. Entendemos la desventaja
social como aquellos factores que forman parte de
un proceso que empieza en la situación de norma-
lidad; factores de desventaja que, si se acumulan,
dan lugar a situaciones de vulnerabilidad y pueden
acabar (en muchos casos, asociados a conductas
de riesgo) en la exclusión social. La acumulación de
factores en una persona y la asociación con conduc-

tas de riesgo son los contextos que ayudan a explicar
algunas situaciones.

El concepto de desventaja social está en el origen
del proceso de exclusión social, del mismo modo
que el de ventaja lo está en el de inclusión social.
Implica el reconocimiento de que, a pesar del paso a
la ciudadanía universal y a la provisión de bienestar,
diversos grupos poblacionales pueden experimentar
un acceso desigual a recursos tales como el empleo
o las prestaciones. Esta situación genera vulnera-
bilidad, la cual ejerce una clara influencia sobre las
oportunidades objetivas de la vida de las personas y,
en consecuencia, explica la aparición de determina-
das conductas de riesgo.

4.3. La intervención ante la desventaja social

Hoy día es evidente que tanto la educación
–estimada como el instrumento más valioso para que
la sociedad supere las diferencias sociales– como el
trabajo –considerado el factor más importante para
la integración social de las personas jóvenes– no han
cumplido con las expectativas que podían generar
como variables de superación de las condiciones de
desventaja. La realidad ha venido a demostrar que
la situación de desventaja social, especialmente la
que afecta a las personas jóvenes, responde a una
pluralidad de causas que hacen que la escuela/edu-
cación no pueda, por sí sola, solucionar las causas
de la desigualdad, ni la desigualdad en sí misma.
En el sistema educativo se concentran todas las
modalidades de desventaja social, puesto que la
educación se ve sometida a las múltiples exigencias,
demandas y contradicciones de los elementos que
en ella intervienen, aunque el sistema educativo no
tiene los recursos ni la posibilidad de solucionar
total o parcialmente las desventajas, ya que ello
requiere políticas más integrales promovidas desde
las instituciones.

Éstas y otras consideraciones nos llevan a la nece-
sidad de prevenir de forma integral la aparición
de situaciones de desventaja y, en consecuencia,
a minimizar también la acumulación de conductas
de riesgo. En este sentido, planteamos algunas
recomendaciones:

- Considerar prioritarias la prevención y la inter-
vención temprana. El desarrollo de los factores
protectores que promueven la inclusión debe
hacerse desde la primera infancia, momento en
el que empiezan a acumularse las ventajas o
desventajas del desarrollo humano.
- Los objetivos, enfoques y metodologías de los
distintos servicios intervinientes –y en particular,
del equipo de proximidad– deben ser transparen-
tes y consensuados.
- Es necesario pensar en nuevos escenarios de
provisión de los servicios, que partan del lugar en
el que se encuentra la persona joven y la sitúen en
el centro de la acción. Se producen en el contexto

del individuo y en el ámbito donde convive. Por lo tanto, su recuperación depende de la propia persona, de la realidad donde vive, de su entorno y de sus relaciones.

- Hay que integrar servicios, sistemas y puntos de vista. Debe contarse con enfoques multidimensionales de carácter comunitario, que potencien el desarrollo de proyectos conjuntos y que, a su vez, faciliten el establecimiento de vínculos entre los mundos de la educación, el trabajo social, la formación y el empleo.
- Es necesaria una investigación adecuada y el diseño de mecanismos de evaluación (diagnóstico consensuado de la realidad de factores de desventaja y de las conductas de riesgo en las personas jóvenes en Vitoria-Gasteiz).
- Debe disponerse de los recursos apropiados para tener éxito en el trabajo con las personas más desfavorecidas.
- Las personas con responsabilidad técnica y política deben adoptar una perspectiva a largo plazo.

5. Diagnóstico de la situación en Vitoria-Gasteiz y propuestas de intervención

Las situaciones de desventaja y conductas de riesgo identificadas entre la población juvenil de Vitoria-Gasteiz se resumen en el Cuadro 1.

5.1. Ámbito educativo

5.1.1. Conducta de riesgo: absentismo escolar y desescolarización

En 2011, se dieron 492 casos de absentismo en Vitoria-Gasteiz, el 80,78 % del total del territorio alavés. De ellos, 409 (83,1 %) se localizaron en la red

pública y 83 (16,9 %) en la concertada; el absentismo era mayor en la red pública que en la red concertada en todas las etapas de la educación básica. Por otro lado, los 14 casos de desescolarización detectados en el territorio alavés se dieron en centros escolares de la red pública de Vitoria-Gasteiz.

A este respecto, se plantean varias propuestas de intervención:

- Establecer un protocolo de actuación interinstitucional.
- Revisar la coordinación de los distintos servicios municipales involucrados.
- Primar las medidas preventivas frente a las reactivas.
- Informar a las familias.
- Desarrollar programas de sensibilización dirigidos a las familias desfavorecidas.
- Impulsar la participación de las familias.
- Impulsar los programas educativos que puedan influir en el éxito escolar.
- Impulsar las ayudas a las asociaciones de madres y padres de alumnado.
- Llevar a cabo tareas de mediación entre la institución escolar y la familia.
- Diseñar y aplicar planes de intervención psicosocial.
- Evaluar la situación de la desescolarización y del absentismo escolar, así como las intervenciones que se pongan en marcha en este terreno.

5.1.2. Factor de desventaja: índice socioeconómico y cultural

Una de las variables externas que influyen en el ámbito educativo es el índice sobre la condición

Cuadro 1. Distribución de las situaciones de desventaja y conductas de riesgo por ámbitos	
Ámbito	Situaciones de desventaja y conductas de riesgo
Educativo	<ul style="list-style-type: none"> • Absentismo escolar y desescolarización. • Índice socioeconómico y cultural.
De la salud	<ul style="list-style-type: none"> • Dieta, hábitos alimentarios y obesidad. • Conductas sexuales de riesgo. • Consumo de drogas. • Ausencia de ejercicio físico. • Enfermedades no transmisibles. • Ludopatía. • Autovaloración de la salud negativa. • Problemas de salud mental. • Suicidio.
Judicial	<ul style="list-style-type: none"> • Accidentes. • Conductas o comportamientos antisociales que llevan a detenciones o imputaciones.
Sociolaboral	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad de acceso al mercado laboral por falta de cualificación profesional. • Precariedad social. • Paro o precariedad laboral.
Sociofamiliar	<ul style="list-style-type: none"> • Situación familiar problemática (adolescentes en situación o en riesgo de desprotección). • Discriminación por sexo y estereotipos de género. • Dificultades por discapacidad y dependencia.

Fuente: Grupo de Trabajo Interdepartamental (2012).

socioeconómica y cultural del alumnado (ISEC). Desde esta perspectiva, en la evaluación diagnóstica realizada en 2011 en Vitoria-Gasteiz, se pueden destacar los siguientes datos, correspondientes al alumnado de 2º de ESO:

- A mayor ISEC, mejores resultados. Tal relación se mantiene en las cuatro competencias evaluadas: comunicación lingüística en euskara, comunicación lingüística en castellano, matemáticas y comunicación lingüística en inglés.
- La mayoría de los centros educativos se encuentran en torno al resultado esperado en relación con su ISEC.
- Hay centros que, aunque tienen el mismo nivel de ISEC, obtienen resultados académicos muy diferentes.

En torno al ISEC, se sugieren las siguientes propuestas de intervención:

- Tomar conciencia de que los centros educativos pueden lograr resultados más allá de lo esperado de acuerdo al ISEC del alumnado que escolariza.
- Elaborar intervenciones que redunden en la acción y la organización educativas de los centros.
- Definir la coordinación necesaria entre los distintos servicios municipales.
- Revisar la intervención educativa de los distintos servicios municipales.
- Desarrollar programas de sensibilización y formación para las familias.
- Priorizar las demandas de centros escolares con un ISEC medio-bajo o bajo.
- Fomentar la participación de las familias.
- Impulsar los programas educativos que puedan influir en el éxito escolar.
- Potenciar las ayudas a las asociaciones de madres y padres de alumnado para el desarrollo de actividades extraescolares y complementarias.
- Modificar la relación del alumnado con su entorno y favorecer la ocupación del tiempo de ocio en actividades educativas organizadas por los centros e instituciones del entorno.

5.2. Ámbito de la salud

5.2.1. Factor de desventaja: dieta, hábitos alimentarios y obesidad

Desde el punto de vista de salud pública, la principal preocupación por el estado nutricional es el exceso o inadecuación de la alimentación. La obesidad está asociada con las principales enfermedades crónicas de nuestro tiempo. A mayor obesidad, las tasas de morbilidad y mortalidad por esas enfermedades son mayores.

En materia de alimentación, se sugieren siete intervenciones:

- Fomentar los programas de educación para la salud en el medio escolar y en la comunidad.
- Cumplir el Programa del Niño Sano de 0 a 14 años.
- Realizar una información oral y escrita sobre hábitos saludables de alimentación.
- Incorporar contenidos sobre hábitos saludables de alimentación en las sesiones introductorias a los exámenes de salud programados por el Servicio de Salud escolar.
- Poner en marcha un programa de actividades preventivas con todas las personas mayores de 16 años que incluya la medición del índice de masa corporal (IMC).
- Ofertar a todas las personas con un IMC superior a 30 un control de la variación interanual (consulta, dietas, seguimiento).
- Mantener la colaboración entre el Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz y los centros de salud para impulsar la actividad física.

5.2.2. Conducta de riesgo: conductas sexuales de riesgo

Dos de las consecuencias negativas de la actividad sexual más relevantes desde el punto de vista de la salud son la transmisión de enfermedades sexuales y los embarazos no deseados. En 2009, en la Comunidad Autónoma del País Vasco se detectaron 95 infecciones gonocócicas y 112 casos de sífilis. En Álava, se da una tendencia creciente, especialmente, en el caso de la sífilis.

En este ámbito se proponen estas intervenciones:

- Mejorar la salud sexual y reproductiva mediante una educación sexual desde la etapa escolar.
- Cumplir el Programa de Actividades Preventivas.
- Mantener la asistencia, la educación y la prevención sobre conductas sexuales en los centros de atención a la mujer.
- Proporcionar, al menos una vez, información y consejo sobre métodos anticonceptivos.
- Mantener la oferta de consulta confidencial del VIH, tanto para la prueba como para el consejo.
- Facilitar información de las farmacias autorizadas para la realización del test rápido del HIV.
- Mantener la Asexoría de sexualidad.
- Mantener el trabajo de asesoramiento e información con el conjunto de mediadores/as y educadores/as que trabajan con jóvenes.

5.2.3. Conducta de riesgo: consumo de drogas

El consumo de drogas acarrea una gran cantidad de problemas a las personas que lo practican, lo que

repercute no sólo en la esfera personal, sino también en el ámbito familiar, social, sanitario o de orden público. Cuando se habla de drogas, se suele prestar más atención a las drogas ilegales, pero no puede obviarse que muchos estudios advierten que sustancias como el alcohol y el tabaco son las que producen mayor mortalidad, enfermedades y discapacidades.

Las recomendaciones de intervención en el terreno de las drogodependencias son las siguientes:

- Implementar programas educativos relacionados con las drogas legales e ilegales.
- Promover acciones de sensibilización, información y formación para padres y madres.
- Controlar la publicidad y de la promoción indebida de bebidas alcohólicas y tabaco.
- Controlar el suministro y venta de bebidas alcohólicas a menores.
- Cubrir las necesidades de apoyo de los centros, para realizar proyectos e intervenciones preventivas.
- Incorporar la prevención del uso de drogas en el currículo de prevención de riesgos laborales en Formación Profesional.
- Garantizar apoyo y orientación a los equipos docentes
- Promover actividades con familias vulnerables y recursos personalizados de información y orientación psicológica y socioeducativa para familias
- Desarrollar proyectos de información, prevención y reducción de riesgos del consumo abusivo de alcohol y otras drogas en espacios festivos y de ocio.
- Impulsar la labor preventiva en las lonjas³.
- Fomentar los proyectos de educación de calle.
- Informar sobre consumo responsable y la oferta de programas de deshabituación.
- Mantener los contenidos sobre el consumo de alcohol y tabaco en las sesiones introductorias a los exámenes de salud programados por el Servicio de Salud escolar.
- Realizar y fomentar iniciativas sobre una vida sin tabaco, tanto en los centros escolares como en la comunidad en general.
- Promover los programas de deshabituación tabáquica individual y grupal.
- Llevar a cabo intervenciones educativas de cara a desarrollar la capacidad crítica de las personas jóvenes con respecto a la publicidad.
- Desarrollar iniciativas desde la edad escolar que fomenten la autoestima y la capacidad de afrontar los posibles problemas de la vida cotidiana.

5.2.4. Factor de desventaja: ausencia de ejercicio físico

La actividad y el ejercicio físico son considerados como una de las bases fundamentales para el buen estado de salud. La actividad física adecuada produce sentimientos positivos. Algunas formas de actividad física implican contacto interpersonal y favorecen el desarrollo de la dimensión social. En 2011, el 78,5 % de los chicos y chicas de entre 13 y 18 años de Vitoria-Gasteiz practicaban algún tipo de actividad físico-deportiva. Pero a estas edades ya había diferencias importantes de género en la distribución de las prácticas: los chicos eran más activos, siendo especialmente llamativa la bajada de actividad que se daba entre las chicas de más de 15 años.

Para remediar el déficit de ejercicio físico, se plantean las siguientes intervenciones:

- Poner en marcha talleres de educación para la salud en el ámbito escolar y en la comunidad, sobre la importancia que la actividad física tiene en la salud.
- Abordar de un modo transversal las intervenciones relacionadas con el estilo de vida saludable.
- Mantener la colaboración entre los centros de salud y el Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz⁴.

5.2.5. Factor de desventaja: enfermedades no transmisibles

De entre las diversas enfermedades graves no transmisibles –como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades crónicas o degenerativas y la diabetes mellitus tipo 1–, entre la población joven fundamentalmente se da la diabetes mellitus tipo 1. Esta hiperglucemia crónica se asocia a largo plazo con alteraciones en los ojos, los riñones, el sistema nervioso o el sistema circulatorio.

En este ámbito se recomienda:

- Fomentar iniciativas de prevención de enfermedades crónicas en la comunidad y talleres de promoción de la salud desde la etapa escolar.
- Ofrecer información actualizada a niñas, niños, adolescentes y personas adultas con diabetes mellitus tipo 1. Realizar una educación diabetológica que incluya el consejo dietético.
- Implementar el programa de prevención de la diabetes tipo 2, D-Plan.
- Dirigir el trabajo a la prevención de la diabetes tipo 2 y de otras enfermedades crónicas no transmisibles.

⁴ Véase, por ejemplo, la iniciativa Aktibili (http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-cksaluo2/es/contenidos/informacion/aktibili/es_aktibili/aktibili.htmlb).

³ Locales juveniles autogestionados.

5.2.6. Conducta de riesgo: ludopatía

La adicción al juego se considera una dependencia de tipo emocional y pone en riesgo las áreas más importantes de la vida de una persona: trabajo, estudios, relaciones sociales, familia, pareja, economía, salud física y mental. En 2011, la edad media de las personas que acudieron a los servicios que atienden estas adicciones fue de 35 años. Por franjas de edad, un 14,75 % de quienes acudieron tenían menos de 25 años, y alrededor de un 30 %, entre 25 y 35 años.

Cabe señalar también la presencia del juego en línea y los problemas que genera, sobre todo, entre la población joven (apuestas y juegos de rol).

En materia de ludopatía, éstas son las propuestas de intervención que se sugieren:

- Trabajar con la población general las conductas adictivas en relación con las máquinas tragaperras
- Prestar atención a la evolución del novedoso juego en línea.
- Realizar campañas dirigidas a la población afectada.
- Dar a conocer páginas web informativas a través de las que poder realizar consultas anónimas.
- Facilitar material y formación al personal sanitario y de los diferentes servicios sociales.
- Informar a la ciudadanía sobre la posible relación entre el consumo de sustancias y el consumo de juegos de azar.
- Realizar un estudio que permita conocer la relación entre juegos de azar y consumo de sustancias en la población general, y el porcentaje de población que se vería afectada por este tipo de 'multiconsumo'.
- Elaborar un estudio para conocer la incidencia de la ludopatía en la población joven y en la población escolar.
- Llevar a cabo campañas de prevención dirigidas a jóvenes y poner en marcha programas preventivos en el ámbito escolar.

5.2.7. Factor de desventaja: autovaloración de la salud negativa

La autovaloración de la salud refleja, de manera global, la apreciación que las personas tienen de su propia salud, incluyendo componentes subjetivos y objetivos. En 2011, uno de cada cuatro varones jóvenes manifestó que su salud era excelente, lo que representa una proporción dos veces mayor que entre las mujeres jóvenes.

A este respecto, se propone realizar intervenciones de educación para la salud, tanto en centros escolares como en la comunidad.

5.2.8. Factor de desventaja: problemas de salud mental

Los problemas de salud mental se asocian, en ocasiones, con conductas de riesgo como el consumo de sustancias tóxicas (toxicomanías) o el consumo de alcohol (alcoholismo). No son factores que aparezcan aislados, salvo en algunos casos excepcionales, sino que están ligados entre sí por relaciones causa-efecto, a veces de difícil discriminación. Las personas de 14 a 30 años atendidas en 2001 en dispositivos de psiquiatría del municipio de Vitoria-Gasteiz fueron 1.460. De ellas, 776 eran hombres y 684 mujeres jóvenes.

El tratamiento en los centros de alcoholismo o toxicomanías es un fenómeno casi exclusivamente masculino. En el resto de los centros de salud predominan las mujeres jóvenes.

Las propuestas de intervención en el área de salud mental son:

- Coordinar los servicios sociales de base municipales con los servicios de salud mental de Osakidetza.
- Trabajar la prevención desde edades tempranas.
- Promocionar la salud desde la etapa escolar.
- Disponer de un conocimiento de la evolución de la realidad.
- Mantener la Asesoría Psicológica para Personas Jóvenes como recurso preventivo de asesoramiento e información.

5.2.9. Conducta de riesgo: suicidio

La tasa de suicidios del territorio se ha incrementado en la CAPV, empujada principalmente por la situación de crisis actual. El suicidio está muy relacionado con la enfermedad mental. El riesgo de suicidio es mayor en fases tempranas de la enfermedad y en los primeros seis meses, tras el alta de un ingreso. Las tasas de suicidio más elevadas se dan entre los 49 y 59 años, aunque está aumentando la incidencia en varones jóvenes entre los 15 y 24, y los 25 y 34 años. Además, en la población comprendida entre los 15 y los 44 años de edad, las autolesiones constituyen la cuarta causa de muerte y la sexta causa de mala salud y discapacidad.

Para hacer frente al riesgo de suicidio, se plantea realizar una labor preventiva.

5.3. Ámbito judicial

5.3.1. Conducta de riesgo: accidentes

La mayor frecuencia de las lesiones no intencionadas corresponde a las edades comprendidas entre los 15 y los 24 años. A partir de este tramo de edad, la horquilla tiende a disminuir. Los varones menores de 15 años se accidentan con más frecuencia en lugares públicos o de recreo. Las mujeres menores de

14 años se accidentan en el colegio o en lugares de recreo, mientras que las que tienen entre 15 y 24 lo hacen en lugares públicos. Los accidentes de tráfico son la principal causa de muerte entre la población joven de ambos sexos con edades comprendidas entre los 15 y los 24 años.

Con el fin de atajar los accidentes, se sugiere:

- Realizar intervenciones educativas de corte preventivo en centros escolares y centros cívicos.
- En lo se refiere a la prevención de los accidentes de tráfico, se recomienda:
 - Aumentar el uso de cascos de buena calidad.
 - Incrementar la utilización de los cinturones de seguridad.
 - Cumplir el Programa del Niño Sano de 0 a 14 años.
 - Fomentar el uso de sistemas de seguridad y retención.
 - Impulsar la educación vial.
 - Llevar a cabo acciones de sensibilización entre jóvenes en el ámbito escolar y ciudadano para fomentar el comportamiento responsable como peatones, ciclistas y conductores/as.
 - Realizar controles de alcoholemia preventivos.
 - Poner en marcha un plan para ralentizar el tráfico en la ciudad.

5.3.2. Conducta de riesgo: conductas o comportamientos antisociales que llevan a detenciones o imputaciones

La desventaja, en este caso, viene dada por las conductas de riesgo que provocan la relación entre las personas jóvenes y la Policía. Esta realidad afecta tanto a personas jóvenes nacidas en el Estado español como a otras de origen extranjero, y en mucha mayor medida a los hombres jóvenes que a las mujeres. El 93,8 % de las personas jóvenes detenidas en 2011 fueron hombres y el 6,2 %, mujeres. En el caso de las imputaciones, el 87 % fueron hombres y el 13 %, mujeres. Respecto a la nacionalidad, la mayoría eran personas autóctonas en el caso de imputaciones y de origen extranjero en el caso de las detenciones. Entre los motivos, destacan los delitos contra el patrimonio.

Las intervenciones propuestas en este ámbito son:

- Realizar un trabajo coordinado en red entre las distintas instituciones con competencias en la materia.
- Disponer de un conocimiento actualizado de la realidad.
- Realizar un trabajo preventivo de sensibilización.
- Fomentar el uso de medidas alternativas y en medio abierto entre jóvenes autores de infracciones y delitos.

5.4. Ámbito sociolaboral

5.4.1. Factor de desventaja: dificultad de acceso al mercado laboral por falta de cualificación profesional

El abandono de los estudios antes de obtener el título de Secundaria o Bachillerato conlleva una situación de desventaja en un mundo que cada vez exige una mayor capacitación. Según los datos del Gabinete de Estudios municipal, en torno al 30 % de las personas jóvenes no tienen un título que las capacite para la entrada en el mercado de trabajo.

Las personas más jóvenes que abandonan el sistema escolar obligatorio son las más vulnerables a la hora de reintegrarse en el sistema formativo y, por tanto, las más proclives a carecer de una cualificación laboral. El incremento de las personas jóvenes inscritas en el paro y sin cualificación para el trabajo ha aumentado en los últimos años.

Es de resaltar la problemática que presentan algunas personas jóvenes de entre los 16 y los 20 años que, habiendo abandonado el sistema escolar o los cauces para la obtención de un título que les dé acceso al mercado de trabajo, no acaban de encontrar sitio ni en el mercado laboral, ni en centros de formación ocupacional, quedando totalmente desubicadas en una etapa fundamental de sus vidas.

Para atajar las dificultades de acceso al mercado laboral por déficits formativos, se sugiere:

- Tratar esta problemática desde una óptica preventiva, antes de que confluya con otros factores de desventaja y conductas de riesgo.
- Impulsar la coordinación con las y los responsables del mundo educativo y formativo.
- Proveer recursos a los centros que imparten programas de Cualificación Profesional Inicial (o sus equivalentes tras la aplicación de la Ley Orgánica para la Mejora de la Calidad Educativa).
- Mantener un conocimiento actualizado de la situación.
- Dotar de recursos de formación ocupacional a las estructuras municipales.

5.4.2. Factor de desventaja: precariedad social

La precariedad social a menudo está vinculada con la precariedad laboral y, en ocasiones, con las condiciones legales de determinados grupos sociales y el desconocimiento de los idiomas locales. En relación al grupo etario que nos interesa, la precariedad social puede entenderse como la presencia de factores sociales estructurales que colocan a las personas jóvenes en una situación de desventaja. Entre estos factores, se encuentran la escasez de recursos económicos y sociales, un bajo nivel educativo y los problemas de acceso a una vivienda o a otras necesidades básicas. En cuanto al nivel de estudios, en 2011 cabe destacar que un porcentaje importante

de las personas jóvenes atendidas en los servicios municipales de Asuntos Sociales (40,9%) no tiene estudios o tiene estudios inferiores al graduado escolar, y un 20,3% no sabe leer ni escribir.

Podríamos decir que el 9,4% de las personas jóvenes empadronadas en Vitoria-Gasteiz (3.523 personas) tienen problemas para cubrir sus necesidades básicas de alimentación, vestido, higiene y gastos personales. Estas personas son principalmente de nacionalidad extranjera (71,7%). Hay un colectivo de especial vulnerabilidad que se encontraría en una situación de pobreza absoluta: unas 250 personas jóvenes con una edad media de 21 años que no pueden cubrir sus necesidades básicas, ya que no tienen derecho a percibir la renta de garantía de ingresos.

En 2011, 339 jóvenes participaron en programas para la inserción sociolaboral, por presentar dificultades en esta área. Es relevante destacar que la gran mayoría (272, el 80,2%) participaron en programas prelaborales. Ese mismo año, 470 personas jóvenes fueron atendidas en la red de recursos de alojamiento existente, para apoyar a personas en situación de vulnerabilidad o riesgo de exclusión. De éstas, un 39,8% fueron atendidas en recursos de mínima exigencia (27 en Estrada y 160 en Aterpe), es decir, se encontraban en situación de exclusión social severa. En estos casos, confluyen especialmente las diversas situaciones de desventaja y conductas de riesgo. Por último, 11 jóvenes fueron atendidos en el piso semi-tutelado para jóvenes (de 18 a 23 años).

En materia de precariedad social, las propuestas de intervención del diagnóstico realizado en Vitoria-Gasteiz son:

- Mejorar la recogida de datos, a escala inter-departamental e interinstitucional, y cómo compartirlos.
- Incluir en la recogida de datos las variables de sexo, edad y nacionalidad.
- Crear un mapa de recursos para jóvenes en situaciones de desventaja en todos los ámbitos,
- Mejorar la difusión de la información acerca de los recursos existentes.
- Pasar de un ámbito prelaboral a uno de capacitación de habilidades profesionales.
- Impulsar las prácticas en empresas para jóvenes de origen extranjero.
- Posibilitar el acceso a viviendas rotacionales o de alquiler social, que permitan a las personas jóvenes mejorar su autonomía.
- Visibilizar las situaciones de desventaja de colectivos concretos.
- Promover programas de acompañamiento desde edades tempranas, que trabajen la prevención y empoderamiento a escala individual y comunitaria.

- Impulsar, con un enfoque preventivo, el trabajo comunitario coordinado entre los diferentes agentes que intervienen en cada situación.
- Trabajar desde los principios de autonomía y empoderamiento de la juventud: ofrecer un acompañamiento, no entendido como supervisión cercana, sino como apoyo para fomentar la autonomía ("que vuelen solos").
- Propiciar la participación de personas jóvenes en lo que se vaya a diseñar e implementar.
- Potenciar la formación en las familias.
- Reducir la brecha digital: invertir en alfabetización digital.

5.4.3. Factor de desventaja: paro o precariedad laboral

La situación en la que se encuentran las personas jóvenes frente al mundo laboral puede suponer una desventaja, que afecta a uno de los ejes principales de su proceso de emancipación. Al mismo tiempo, es de resaltar la precariedad laboral que se centra especialmente en las personas jóvenes: precariedad en cuanto a las condiciones laborales (contratos temporales, frecuentes salidas y entradas en el mercado de trabajo, peores puestos) y precariedad en cuanto a las condiciones salariales.

Si observamos los datos de la CAPV facilitados por Eustat (2012), en el tercer trimestre de 2012 el paro entre las personas jóvenes llegó al 36,4%, y la actividad y la ocupación bajaron a límites que no se conocían desde los años noventa: un 15,5% de ocupación y un 25% de actividad. La relación entre estos datos y los correspondientes a quienes abandonan los estudios formativos puede abocar a la exclusión social de algunas personas jóvenes.

Frente a los problemas descritos, se propone:

- Considerar de forma integral los problemas que afectan a las personas jóvenes en el ámbito formativo y laboral.
- Coordinar las actuaciones con las instituciones responsables de empleo.
- Realizar actividades preventivas en coordinación con las instituciones educativas.
- Mantener los programas de formación ocupacional.

5.5. Ámbito sociofamiliar

5.5.1. Factor de desventaja: situación familiar problemática (adolescentes en situación o en riesgo de desprotección)

Las situaciones familiares problemáticas se definen como factores de rigidez o dificultades en la socialización familiar que provocan una situación de des-

ventaja en la persona adolescente y joven. Pueden ir acompañadas de otros factores de desventaja, como las dificultades psicológicas o la falta de habilidades.

Dentro de las situaciones familiares problemáticas, se encuentra la desprotección. En 2011 el Servicio de Infancia y Familia atendió a 220 personas, con edades comprendidas entre los 14 y los 29 años, pertenecientes a familias en las que existía una situación de desprotección infantil o de riesgo de desprotección. De éstas, 103 (un 46,8 %) eran menores de edad (de entre 14 y 17 años); y 114 (de entre 18 y 29 años), madres/padres jóvenes. Por su parte, en el Servicio de Intervención Socioeducativa (SISE) fueron atendidas 126 personas jóvenes pertenecientes a familias que precisaban apoyos por carencias y dificultades en habilidades parentales o sociales. El 36 % de ellas formaban hogares monoparentales. Por último, 388 adolescentes de entre 14 y 19 años fueron atendidos en el Programa de Educación de Calle.

Las propuestas de intervención ante este factor de desventaja pasan por:

- Mejorar la coordinación entre la administración municipal y otras instituciones públicas.
- Diseñar y promover medidas de apoyo a las familias jóvenes en la crianza y educación de sus hijos e hijas.
- Fomentar la detección temprana de situaciones de posible desprotección infantil y adolescente.
- Llevar a cabo campañas de sensibilización dirigidas a prevenir el maltrato infantil y adolescente.
- Incrementar la participación activa y directa de las personas menores de edad y jóvenes en la vida social de la ciudad.
- Ofrecer apoyo individualizado de personas referenciales a las y los jóvenes que, al cumplir la mayoría de edad, dejan de estar bajo la protección de los recursos y programas para menores.
- Desarrollar un acompañamiento flexible, facilitando la adquisición de autonomía por parte de las personas jóvenes.

5.5.2. Factor de desventaja: discriminación por sexo, estereotipos de género y violencia de género

La discriminación por sexo puede producirse junto con otras situaciones de desventaja, como las dificultades de tipo psicológico. En el caso de mujeres de origen extranjero, además, se pueden dar dificultades añadidas, asociadas a los requisitos legales para residir o trabajar, factores culturales y desconocimiento de los idiomas locales.

De los casos nuevos atendidos en 2011 en los Servicios Sociales Municipales por violencia de género, un 45,6 % eran mujeres jóvenes (14-29 años), la mayoría de las cuales (un 67,4 %) eran extranjeras, por lo que presentaban una mayor vulnerabilidad. Un 29,2 % de las mujeres víctimas de violencia de género que

precisaron acogida inmediata eran mujeres jóvenes, menores de 29 años. Dos de las nueve mujeres que ingresaron en un piso de emergencia social específico para víctimas de violencia de género también eran jóvenes; ambas eran extranjeras, tenían un/a hijo/a menor a su cargo y escasos recursos económicos. Más de la mitad de las mujeres a las que se les adjudicó un terminal GPS eran jóvenes.

Un 25 % de las mujeres atendidas en el Servicio de Atención Psicológica por ser víctimas de maltrato por parte de su pareja/novio eran jóvenes. La edad media de las mujeres víctimas de agresiones sexuales atendidas en el Servicio de Atención Psicológica fue de 27 años. Un 18 % de los hombres que agredieron a sus parejas y fueron atendidos en el Servicio de Atención Psicológica eran menores de 30 años.

En materia de discriminación sexual y violencia de género, se sugieren las siguientes pautas de intervención:

- Reforzar las intervenciones preventivas con adolescentes y jóvenes.
- Crear foros de reflexión compartidos entre los diversos ámbitos y agentes implicados.
- Desarrollar intervenciones coordinadas entre los diversos ámbitos (social, educativo).
- Realizar campañas de sensibilización.
- Trabajar con la privacidad en los nuevos usos de las nuevas tecnologías (redes sociales).
- Dotar de más recursos de apoyo para la prevención en violencia de género.
- Poner en marcha intervenciones dirigidas a paliar la mayor vulnerabilidad de las mujeres extranjeras víctimas de violencia de género.

5.5.3. Factor de desventaja: dificultades por discapacidad y dependencia

La desventaja ligada a la discapacidad y la dependencia presenta una casuística muy variada y nos habla de situaciones difícilmente agrupables. En 2011, en Vitoria-Gasteiz había 706 personas jóvenes con un grado de discapacidad reconocido, de las cuales 430 eran hombres y 276 mujeres. En total, 450 tenían un grado de discapacidad de entre el 33 % y el 64 %; y 256, un grado por encima del 65 %. Por tramos de edad, 153 eran jóvenes de entre 14 y 18 años; 259 tenían entre 19 y 24 años; y 294, entre 15 y 29 años. Las principales causas de discapacidad y dependencia estaban asociadas a alteraciones o enfermedades físicas (537 personas jóvenes) y discapacidades intelectuales (158).

Para abordar las dificultades asociadas a la discapacidad y la dependencia juveniles, cabe sugerir la mejora de la coordinación entre las asociaciones que trabajan en el ámbito de la salud y las del ámbito de la discapacidad, y entre las distintas instituciones con competencias en este ámbito.

- BENDIT, R.; y STOKES, D. (2004): “Jóvenes en situación de desventaja social: políticas de transición entre la construcción social y las necesidades de una juventud vulnerable”, *Revista de Estudios de Juventud*, nº 65, págs. 115-131 [<http://www.mtas.es/injuve/biblio/revistas/Pdfs/numero65/tema7.pdf>].
- EUSTAT (2012): Estadística Municipal de Población Activa (http://www.eustat.es/estadisticas/tema_131/opt_o/ti_Actividad_ocupacion_y_paro/temas.html)).
- GIL RODRÍGUEZ, G. (2007): “Las constelaciones de desventaja se hacen visibles en España”, *Revista de Estudios de Juventud*, nº 77, págs. 103-121 [<http://www.injuve.mtas.es/injuve/contenidos.downloadatt.action?id=161890736>].
- GRUPO DE TRABAJO INTERDEPARTAMENTAL (2012): *Jóvenes en la encrucijada de la desventaja: análisis de las situaciones de desventaja social y conductas de riesgo en Vitoria-Gasteiz*, Vitoria-Gasteiz, Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz [<http://www.vitoria-gasteiz.org/wbo21/http/contenidosEstaticos/adjuntos/es/88/10/48810.pdf>].
- SERVICIO DE JUVENTUD (2010): *II Plan Joven Municipal de Vitoria-Gasteiz 2010-2012*, Vitoria-Gasteiz, Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz.
- UNIDAD DE JUVENTUD (2013): *Gasteizko Udaleren III. Gazte Plana 2013-2015 / III Plan Joven Municipal de Vitoria-Gasteiz 2013-2015*, Vitoria-Gasteiz, Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz [<http://www.vitoria-gasteiz.org/wbo21/http/contenidosEstaticos/adjuntos/es/36/34/53634.pdf>].

Acompañamiento especializado con jóvenes en exclusión en Debabarrena: una experiencia de investigación-acción

Aitor Ávila Ruiz

Programa de Intervención Socioeducativa en Medio Abierto de la comarca de Debabarrena, Kalexka Elkarte
<aitoravila@kalexka.com>

Artikulu honek 2012 eta 2014 urteen artean garatutako lan-prozesuaren emaitza islatzen du. Aipatu prozesua Kalexka Elkarteko koordinatzaile taldeak garatu du xedetzat izanik izaera sozio-hezitzailea duen eskuartze-programa abian jartzea sozialki baztertuak izateko arriskuan dauden gazteen artean. Beraien beharren inguruko diagnostiko edo ikerketa batean oinarritzen da lan hau, eta lagungarri eta baliagarriak dira bertatik ateratako ondorioak eskuartzea gidatu eta bideratzeko; arestian aipatu bezala, jomuga litzateke gazteen gabeziei erantzun egokia emango dien zerbitzua ezartzea. Ikerketa honen harira, izaera sozio-hezitzailea duen eskuartzea jarri zen martxan, gaur egun ebaluatzen ari dira proiektu pilotua, berau hobetu eta arrisku egoeran dauden gazteen inklusioa bultzatuko duen zerbitzua egonkortu eta finkatzeko. Horrez gain, eta bukatzeko, hainbat ideia edo elementu erantsi eta partekatu nahi ditugu beste testuinguru batzuetan eskuartzeko beharraren inguruko hausnarketarako; halaber, egiturazko elementuak eskaintzea, izan ere, bazterturik dauden gazteen inklusioa posible egin dezaketen bide-orriak definitzeko adierazgarri izan daitezke.

GAKO-HITZAK:

Esku hartze sozio-hezitzailea, gazteak, inklusio soziala, kale-heziketa, eredu proaktiboa, ikuspegi komunitarioa.

Este artículo presenta el resultado del equipo de coordinación técnica de Kalexka Elkarte durante los años 2012-2014 para la puesta en marcha de un programa de intervención socioeducativa con jóvenes en situación de exclusión. Parte de una investigación o diagnóstico de necesidades enfocado a obtener orientaciones útiles de cara a la implantación de servicios que den respuestas adecuadas a los déficits de los/as jóvenes. Este estudio derivó en la puesta en marcha de un proyecto piloto de intervención socioeducativa, que en la actualidad se está evaluando con el objetivo de optimizar y afianzar un servicio estable que posibilite procesos inclusivos de calidad con jóvenes en situación de vulnerabilidad. Igualmente, este artículo pretende reflexionar sobre la necesidad de intervenir en otros contextos, así como sobre la dotación de elementos estructurales que hagan posible itinerarios inclusivos con jóvenes en situación de exclusión.

PALABRAS CLAVE:

Intervención socioeducativa, jóvenes, inclusión social, educación en medio abierto, modelo proactivo, enfoque comunitario.

1. Introducción

Este artículo describe el proceso desarrollado por Kalekxa Elkartea (<http://www.kalexka.com>) para la puesta en marcha de un servicio de intervención socioeducativa con jóvenes. Para llevar a término dicho proceso, se ha desarrollado una metodología basada en la investigación-acción, que, bajo nuestro enfoque, es imprescindible para ajustar la implantación de programas o servicios que ofrezcan respuestas a las necesidades de los/as destinatarios/as (y no tanto a la demanda o el síntoma). Con este ejercicio, se reconoce a las personas como protagonistas de la adquisición y fortalecimiento de sus recursos y capacidades, que les permite soslayar los déficits y culminar con éxito procesos inclusivos, todo lo cual revierte en la mejora de su calidad de vida, y por extensión, en la potenciación de la propia comunidad.

En la dilatada trayectoria de la entidad, habitualmente ha sido la Administración la que nos ha encargado desarrollar las intervenciones, pero este proyecto nació de la inquietud de la propia entidad y de sus educadores/as sociales, con larga trayectoria profesional, que han visto cómo procesos ‘mimados’ durante la infancia y adolescencia se bloqueaban en su desarrollo por la falta de servicios de acompañamiento en la juventud. Las fases en las que se ha enmarcado este proceso de investigación-acción han sido las siguientes:

- **Diagnóstico:** para empezar, se planteó contrastar la visión de diferentes profesionales de la educación social en medio abierto sobre los déficits de los/as jóvenes de 18 a 25 años, mediante la realización de un estudio (Ávila Ruiz, 2013)¹ que clarificara las necesidades reales de este grupo etario en la Comunidad Autónoma del País Vasco y orientara sobre formatos de intervención socioeducativa que podrían subsanarlas (octubre 2012 - junio 2013).
- **Intervención:** recogiendo una de las orientaciones derivadas del estudio, se propuso desarrollar un programa piloto de intervención socioeducativa en medio abierto (educación de calle) en la comarca de Debabarrena (Gipuzkoa)² para cerciorar la validez de estas prácticas en la mejora de las condiciones de vida de los/as jóvenes (septiembre-marzo 2014).
- **Evaluación:** finalmente evaluamos el programa piloto para definir orientaciones de cara a optimizar el programa y el avance en prácticas socioeducativas que fortalecieran los procesos socioeducativos establecidos con los/as jóvenes, facilitando su inclusión y participación en la comunidad (marzo 2014).

¹ Financiado por el Departamento de Política Social del Gobierno Vasco.

² Financiado por el Área de Inclusión Social de la Diputación Foral de Gipuzkoa y el Departamento de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Elgoibar (Gipuzkoa).

2. Fase de diagnóstico: estudio de necesidades de jóvenes no emancipados de 18 a 25 años de la CAPV

2.1. ¿Por qué un estudio de necesidades en este colectivo concreto?

La idea de realizar un estudio de necesidades de la juventud no emancipada de 18 a 25 años de la CAPV surge de la propia experiencia en el desarrollo de intervenciones por parte de los/as profesionales que componen la entidad. Kalekxa es una organización sin ánimo de lucro que lleva gestionando programas de intervención socioeducativa desde 2001. En la trayectoria de la entidad, el grueso de las intervenciones desarrolladas ha sido con infancia, adolescencia y familia, especialmente en programas de intervención socioeducativa en medio abierto (educación de calle).

En la intervención socioeducativa en el medio abierto (la calle, recursos, servicios), aun habiendo cerrado las intervenciones con adolescentes, el contacto con ellos/as es común (compartimos el mismo territorio), por lo que hacemos un seguimiento de sus itinerarios en el tiempo, así como del desarrollo de sus procesos de emancipación (como resultado, muchos/as jóvenes nos transmiten cuáles son sus demandas y necesidades). El desarrollo de este seguimiento de itinerarios (sin ningún planteamiento interventivo, simplemente basado en la presencia en los espacios cotidianos de desarrollo de las personas) nos permitió ver ciertos déficits en la respuesta a este colectivo y, por lo tanto, plantearnos la elaboración de un estudio sobre jóvenes de 18 a 25 años de la CAPV.

La experiencia en programas de educación de calle nos ha mostrado cómo procesos impecables de chavales/as con apoyos socioeducativos se han desorientado tras pasar a la mayoría de edad, eliminarse drásticamente los acompañamientos y, por lo tanto, depositar la responsabilidad de su transición en el contexto familiar (ya que algunos/as no tienen una red fuerte de socialización y se encuentran excluidos del sistema escolar). Todo ello, en muchos casos, invisibiliza la situación de vulnerabilidad en la que se encuentran (por lo general, no acuden a recursos de acompañamiento, como servicios sociales de base, juventud o empleo), demostrándonos que ni la mayoría de edad corresponde a la edad vital ni las dificultades desaparecen al cumplir los 18 años. Esta idea viene reforzada por procesos de acompañamiento educativo ajustados a sus necesidades en la etapa infantil y adolescente (a cargo de profesionales como educadores/as sociales, trabajadores/as sociales o profesores/as) que, con la mayoría de edad, se cortan drásticamente y dan lugar a situaciones de riesgo.

Estas reflexiones, junto con el contraste de datos estadísticos tales como el paro juvenil o el nivel de ‘fracaso escolar’, nos hicieron preguntarnos: ¿qué pasa con la promoción juvenil?, ¿se está trabajando en ello?; y por otro lado, ¿es que los/as jóvenes en exclusión no deben ser protegidos como colectivo

con dificultades de inclusión? Así nació la idea de realizar un estudio de necesidades de la población joven de la CAPV (con especial atención a aquellos/as que se encontraban en una situación de mayor vulnerabilidad), entendiendo que, como entidad dedicada a la intervención socioeducativa, también nos correspondía cerciorarnos de las necesidades reales de la comunidad y transferirlas a la administración pública para que les diera respuesta³.

2.2. Descripción general del estudio

La entidad no pretendía en ningún momento realizar un estudio sociológico, sino un diagnóstico previo de las necesidades socioeducativas de la juventud del País Vasco en general, y en particular de aquellos/as jóvenes que se encontraban en una situación de dificultad, con el objetivo de detectar sus necesidades y dar una serie de orientaciones enfocadas al establecimiento de futuros procesos de intervención socioeducativa que pudieran adaptarse a la especificidad de cada uno de los municipios o barrios donde se llevaran a cabo. Con ello queremos decir que, desde un principio, el análisis no ha buscado ofrecer una foto de la realidad joven, sino ahondar en aquellas dificultades que tiene este grupo etario en el tránsito a la vida adulta y la emancipación, y poder así definir criterios técnicos que orientaran posibles intervenciones de carácter socioeducativo que acompañaran dichos procesos.

2.3. Objetivos

El objetivo principal del estudio ha sido realizar un análisis en torno a la prevención-intervención, a partir de las necesidades sociales y riesgos de exclusión de los/as jóvenes mayores de edad no emancipados de 18 a 25 años de la CAPV. Para lograrlo, se decidió:

- Recoger información sobre estudios de necesidades, normativa, documentación sobre el tema, así como recursos, servicios y agentes existentes en el conjunto de sistemas y políticas en relación al acompañamiento del colectivo juvenil.
- Conocer las demandas y las necesidades de los/as jóvenes mayores de edad no emancipados de 18 a 25 años de la CAPV.
- Analizar la información y las demandas detectadas, recogiendo con carácter técnico las necesidades del colectivo juvenil, así como el ajuste entre éstas y la respuesta por parte de la Administración.
- Proponer orientaciones para elaborar políticas públicas que pudieran optimizar la intervención sobre este colectivo, así como servir de base para actuaciones futuras que mejoraran su situación.

2.4. Metodología

El planteamiento metodológico del estudio ha sido participativo, con una recogida de las necesidades tanto entre los jóvenes como entre los/as profesionales que intervienen con ellos/as, así como entre un grupo de expertos/as en intervenciones sociales con jóvenes y en el diseño y desarrollo de planes, programas y políticas de protección y promoción dirigidos a ellos/as. La metodología se organizó en torno a tres ejes:

- El Comité Asesor, un órgano conformado por diferentes agentes expertos en educación social con jóvenes en exclusión: profesionales de la administración pública o asesores técnicos de programas dependientes de ésta, el tercer sector, el Consejo Vasco de la Juventud, el Colegio de Educadores/as Sociales del País Vasco, el SIIS Centro de Documentos y Estudios, y de la Universidad (en concreto, de centros que imparten el grado de Educación Social: Escuela Universitaria de Magisterio de Bilbao, Facultad de Filosofía y Ciencias de la Educación –ambas de la Universidad del País Vasco– y Universidad de Deusto). Su función era, por un lado, aportar una visión general de la juventud de 18 a 25 años no emancipada desde el contraste en una entrevista personal; y por otro, asesorar sobre el borrador del estudio, mediante la participación en un grupo de discusión. En el Comité participaron 36 profesionales, estructurados en tres grupos, uno por cada territorio histórico.
- Un grupo de profesionales que desarrollaban intervenciones directas con jóvenes (trabajadores/as sociales, profesores/as, educadores/as sociales, mediadores/as). Tenía una doble función: aportar conocimiento desde su experiencia profesional, y conformar grupos de discusión o presentar grupos naturales de jóvenes para el desarrollo de entrevistas. En el grupo de profesionales participaron 26 personas.
- Entrevistas, grupos de discusión y contacto presencial con grupos naturales de jóvenes de siete localidades de la CAPV, con el objetivo de obtener de primera mano información sobre cuáles eran las necesidades reales de los/as jóvenes no emancipados/as de 18 a 25 años. Para ello, se hicieron entrevistas individuales aleatorias en la calle; se convocaron grupos de discusión (formados a través de la Universidad, programas de intervención social, y centros educativos y profesionales que trabajaban directamente con el colectivo, quienes conformaron grupos de carácter heterogéneo y con diversos perfiles sociales mediante convocatorias de carácter formal / reuniones) y se entrevistó *in situ* a grupos naturales en la calle y locales o lonjas (con los que nos pusieron en contacto fundamentalmente educadores/as de calle que participaron en el Grupo de Profesionales). En estas entrevistas, grupos de discusión y grupos naturales participaron unos trescientos jóvenes de los tres territorios

³ Entendemos que éste es un compromiso de los/as educadores/as sociales en particular y de la educación social en general –colegios y asociaciones profesionales, Universidad–, como elementos de protección y acompañamiento dentro del Estado del bienestar.

Figura 1. Descripción general del estudio

Fuente: Elaboración propia.

históricos. Las entrevistas se desarrollaron en siete municipios del País Vasco, elegidos según diferentes criterios, para garantizar la mayor representatividad posible de todos/as los/as jóvenes de la comunidad autónoma. Los criterios fueron los siguientes:

- Poblacionales: se escogieron algunas localidades con un alto número de habitantes.
- Geográficos: se procuró que no todos los municipios se concentraran en el Gran Bilbao, Donostialdea o Vitoria-Gasteiz.
- Nivel de exclusión: se recogió información en poblaciones, barrios o zonas con niveles de exclusión elevada, y en ayuntamientos con políticas proactivas con la juventud.

2.5. Proceso de estudio

El proceso de estudio aseguraba la recogida teórica de información, así como de muchos datos obtenidos

del trabajo de campo desarrollado tanto con jóvenes como con profesionales. Para ello, se estructuró en tres fases bien definidas:

- En una primera fase, se llevó a cabo una fundamentación teórica a partir de bibliografía y fuentes documentales. Se tomaron como referencia las líneas estratégicas del III Plan de Inclusión Activa del Gobierno Vasco de cara al tratamiento de esa información, entendiendo que si el colectivo tenía dificultades de inclusión, se trataba de ver en torno a qué variables se medía la inclusión en el propio Plan, para verificar si estábamos en lo cierto, y si las respuestas al colectivo podían estar marcadas desde éste o era necesario incluir alguna nueva.
- En una segunda fase, se analizaron textos de carácter legal (leyes, órdenes, decretos, planes) que podían afectar al colectivo sujeto del estudio. Se plantearon los siguientes bloques temáticos: servicios sociales, educación, salud, drogodependencias, empleo, cultura y juventud.

Figura 2. Fundamentación teórica

Fuente: Elaboración propia.

Figura 3. Trabajo de campo

Fuente: Elaboración propia.

Por último, la tercera fase se centró en el trabajo de campo desarrollado mediante:

- Entrevistas personales a jóvenes, profesionales y miembros del Comité Asesor.
- Grupos de discusión de jóvenes.
- Entrevistas a grupos naturales in situ en el medio abierto: calle, locales o lonjas.
- Grupos de discusión del Comité Asesor, por territorio histórico, sobre el borrador de documento base generado con la información recogida.

En total, participaron más de 75 profesionales y unos/as 300 jóvenes. Se ordenó la información siguiendo el esquema de la Figura 3.

Este esquema sirvió como elemento de reflexión de los/as profesionales que conformaban el Comité Asesor, que concluyó que los/as jóvenes sí son un colectivo con dificultades de inclusión (al igual que otros), no tanto un grupo excluido; que el acompañamiento es muy necesario para aquellos/as que están en situación de dificultad; y que pueden existir recursos específicos para jóvenes, pero siempre orientados al acceso de la red de recursos y servicios normalizados, es decir, como transición hacia ésta. Debe buscarse que la red normalizada se ajuste a las necesidades de la población, y no tanto implementar recursos específicos para cada colectivo, como un elemento más para el tránsito de una comunidad excluyente a una comunidad inclusiva.

Los bloques en los que organizamos un primer borrador de documento para tratar en el Comité Asesor son una especie de cajones que ordenan las diferentes ideas en función de una serie de criterios que nos ayudaron a comprender con mayor precisión la realidad de los/as jóvenes y a extraer conclusiones que midieran su nivel de vulnerabilidad, la necesidad de intervenciones, qué aspectos habría que trabajar, o cuáles eran las carencias y déficits, entre otros aspectos. Con todo ello se pretendía agilizar la reflexión y ordenar las aportaciones de cada profesional, fomentando el debate en cada uno de los

bloques y guiando el discurso hacia la extracción de orientaciones concretas para mejorar la atención a la población juvenil.

2.6. Algunas conclusiones del estudio

Mostramos aquí alguna de las conclusiones obtenidas en el estudio que definen la situación de dificultad en la inclusión de los/as jóvenes de la CAPV:

- Su situación individual está invisibilizada, ya que a efectos de ‘números’ o estadísticas, forman parte de la estructura familiar y no pueden nunca singularizarse dentro de ésta, lo que dificulta sus procesos de transición a la vida adulta. Esto da pie al desconocimiento de sus demandas y necesidades, ya que no hay instrumentos para canalizarlas y recogerlas, motivo por el que en ocasiones obtengan escasa respuesta por parte de la comunidad.
- Si bien es cierto que la crisis es un factor fundamental, pues se ha incrementado el número de jóvenes en situación de exclusión (sin recursos, sin trabajo, sin formación), no debemos olvidar que siempre ha habido situaciones de dificultad en el colectivo juvenil. Esta nueva realidad hace que se acentúe la situación de exclusión de aquellos/as que ya lo estaban antes de la crisis, lo cual genera ‘una primera y segunda división’ en situaciones de exclusión.
- A pesar de tener una situación ‘cómoda’ dentro del hogar familiar, sus niveles de autonomía son reducidos, lo cual crea expectativas y proyectos de vida poco definidos y con pocas expectativas de viabilidad.
- Las perspectivas de integración en el mercado laboral son exiguas (el 46 % de la población de entre 18 y 25 años está en desempleo, sin contar a quienes están estudiando y no están inscritos en Lanbide) y el acceso a la vivienda es muy complicado (oferta de alquiler social reducida, elevado precio de la vivienda, falta de créditos bancarios). Por eso el inicio de procesos de vida autónomos

resulta casi inviable, lo cual provoca frustración, apatía y abandono.

- Las respuestas por parte del sistema educativo no están ajustadas, siendo la única opción la educación reglada. Ello da lugar a dos situaciones: a) la creada por el alto nivel de fracaso de la escuela, de la que salen ‘expulsados’ un número importante de adolescentes y jóvenes, que quedan fuera del sistema formativo y –por falta de capacitación precisamente– también del laboral; y b) la de quienes permanecen dentro del sistema educativo de forma indefinida, esperando una oportunidad del mercado laboral (producen gasto en la familia y no ingresan nada).
- El nivel adquisitivo real de los/as jóvenes no emancipados es muy inferior al que concebimos, ya que el dinero es fundamentalmente de las familias y apenas es gestionado por ellos/as mismos/as.
- Por otro lado, la falta de disponibilidad de tiempo por parte de los progenitores en etapas anteriores, como la infancia y la adolescencia, hace que en ocasiones no estén cubiertas las necesidades afectivo-emocionales.
- Asimismo, el número de recursos específicos donde los/as jóvenes pueden encontrar referentes cercanos, así como acceder a procesos de acompañamiento socioeducativos que los doten de información, orientación y seguimiento son muy limitados, al contrario que en otras etapas vitales (en la infancia, están los *haurtxokos*; en la adolescencia, los *gaztelekus*; y en la tercera edad, los hogar del jubilado).
- Los niveles de participación son muy bajos, y las estructuras participativas ajustadas a su perfil, deficitarias.

2.7. Síntesis de las necesidades de los/as jóvenes de la CAPV obtenidas en el estudio

A continuación exponemos una síntesis de las necesidades obtenidas del estudio (Ávila Ruiz, 2013):

- Una de las principales conclusiones es la imposibilidad de acceder a profesionales que los/as nutran de recursos, habilidades y herramientas para que desarrollen ciertas competencias, actitudes y aptitudes que favorezcan el aumento de su autoestima, madurez personal, motivación y empoderamiento. El refuerzo de estos elementos facilita el desarrollo de procesos de tránsito a la vida adulta normalizada, así como el establecimiento de itinerarios individualizados de carácter inclusivo.
- La necesidad de figuras de referencia en sus contextos cotidianos de relación –como la calle, los locales, los recursos o servicios– que acompañen a los/as jóvenes en la confección de proyectos de vida personalizados;
- La generación de modelos de intervención socioeducativos de carácter proactivo, que inciten

a los/as jóvenes a construir, junto con los/as profesionales y la red de recursos y servicios normalizados, respuestas ajustadas a sus necesidades.

- Es imprescindible que la comunidad confíe en los procesos creados y desarrollados autónomamente por ellos/as mismos/as, que tienden a criminalizarse, como los locales o las actividades en la calle. Para legitimar la participación de los/as jóvenes en espacios comunitarios, es necesario confiar en ellos/as, que se sientan seguros, antes de responsabilizarlos/as de su no participación. La seguridad deriva en responsabilidad, la cual genera compromiso social y autonomía. Esto nos hace ver que, si reforzamos sus procesos autogestionados, se potenciará la comunidad y aumentará el índice de participación y aporte en el desarrollo de ésta.
- En el ámbito escolar, se aboga por revisar la formación general y específica, mientras que en el plano ocupacional se solicitan procesos de empleo-formación, así como impulsar las experiencias laborales.
- En cuanto a las políticas destinadas a los/as jóvenes de la CAPV, a pesar de que han tomado más cuerpo dentro de la Administración, sigue habiendo déficits: de vivienda, de empleo, de transversalidad de las políticas juveniles, de análisis de la juventud actual –que necesita una reinterpretación y un reconocimiento nuevo–, de aplicación de un enfoque comunitario y un desarrollo sistémico, de intervenciones basadas en la relación educativa y, por último, de creación de procesos dentro de la propia comunidad y en la vida cotidiana. Asimismo, se transmite la necesidad de dar un mayor protagonismo al mundo juvenil en la elaboración de políticas y planes que lo atañen, lo cual requiere su participación en las instituciones, tanto en el plano técnico como político.
- Reforzar las políticas de servicios sociales y promoción juvenil a efectos tanto de cobertura de situaciones de riesgo como de participación de los/as jóvenes.
- Ajustar los recursos y servicios dirigidos a la población juvenil. A este respecto, se recomienda, entre otras cuestiones: el análisis y diagnóstico previo de la realidad a la hora de poner en marcha servicios; que las intervenciones no sean tan sólo de carácter informativo, sino que se compongan de un servicio de acompañamiento socioeducativo en que la información sea una acción más del proceso; un mayor número de canales de interlocución.
- Necesidad de integrar la perspectiva de género y la interculturalidad.

2.8. Síntesis de las orientaciones del estudio

Presentamos aquí una síntesis de las orientaciones:

- Fomentar programas que posibiliten procesos de participación y promoción de los/as jóvenes.

- Adaptar o crear recursos específicos para la inserción laboral y la inclusión social, ajustar los recursos de formación y empleo, y optimizar las políticas de vivienda (entendiendo que los elementos estructurales son básicos para generar procesos inclusivos).
- Fortalecer las políticas de intervención con continuidad en las fases anteriores a la adultez.
- Abrir canales de comunicación para la conformación de la oferta.
- Redefinir las ayudas económicas.
- Adaptar los recursos de información como recursos de acompañamiento (la información tan sólo es una acción más del acompañamiento socioeducativo).
- Desarrollar intervenciones específicas con jóvenes en exclusión social: implantar programas de intervención socioeducativa en medio abierto con jóvenes y reforzar los programas de intervención socioeducativa con familias con jóvenes a cargo en situación de riesgo.
- Llevar a cabo las intervenciones en un proceso ajustado a las necesidades y capacidades de cada uno/a de los/as jóvenes atendidos, siempre desde un modelo proactivo y en coordinación con el resto de agentes, recursos y servicios corresponsables de los/as jóvenes.
- Perseguir el cambio y, por lo tanto, adoptar un enfoque técnico basado en una planificación y un diseño de proyectos educativos que posibiliten el desarrollo de intervenciones de calidad.
- Basarse en un modelo de capacitación, es decir, volcado en el abono de las capacidades de los/as propios jóvenes para compensar las dificultades o necesidades existentes.

La comarca donde se desarrolló el servicio, Debabarrena, se encuentra en el extremo noroeste de la provincia de Gipuzkoa y cuenta con unos 60.000 habitantes. Está conformada por los municipios de Deba, Eibar, Elgoibar, Mendaro, Mutriku y Soraluze, y tiene un carácter predominantemente industrial. La duración del programa piloto se estipuló en seis meses, tiempo que permitiría iniciar procesos inclusivos con jóvenes. El programa se ubicaba en los servicios sociales de Elgoibar, aunque atendía a jóvenes de toda la comarca. El proyecto piloto ha derivado en la creación de un servicio de acompañamiento especializado a jóvenes, totalmente ajustado a las necesidades de éstos/as, para el establecimiento de itinerarios inclusivos.

Los destinatarios de la intervención son los/as jóvenes de 18 a 30 años preferentemente, así como los recursos y servicios corresponsables de esta población de la comarca de Debabarrena (y, por extensión, toda la comunidad). Algunos de los indicadores más habituales en los/as jóvenes con los que se trabaja son: inactividad, ausencia de ocupación laboral o formativa; causas judiciales pendientes; bajos índices de motivación y, como consecuencia, autoconcepto inadecuado; residencia itinerante y falta de ingresos; problemas en la documentación (sin empadronamiento, DNI, ni tarjetas de Lanbide o Osakidetza); estigmatización por parte de la comunidad.

3. Fase de intervención: programa piloto de educación de calle de Debabarrena

3.1. Fundamentación

Recogiendo la última de las orientaciones del estudio, desde la entidad se planteó el desarrollo de un programa de intervención socioeducativa en medio abierto con jóvenes en exclusión de 18 a 30 años en la comarca de Debabarrena. Para ello, se puso en marcha un programa piloto con la financiación del Área de Inclusión de la Diputación Foral de Gipuzkoa y del Departamento de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Elgoibar, mediante la contratación de dos educadores sociales a tres cuartos de jornada.

El programa buscaba el ajuste de la respuesta a las necesidades los/as jóvenes en exclusión y se caracterizaba por:

- Desarrollar las intervenciones en el medio abierto, especialmente en espacios como la calle o lugares de reunión de los/as jóvenes. El educador se erigía en un referente cercano y disponible para los/as jóvenes, en contacto real con la comunidad y que acudía a los sitios donde se desarrollaba la vida cotidiana de las personas (al contrario que muchos servicios que, para utilizarse, requieren acudir a sus espacios).
- Basarse en la relación educativa como principal herramienta de intervención. Desde esta perspectiva, se entiende que la intervención con los/as jóvenes deriva del compromiso fundado en una relación que, primero, convierte al profesional en referente, y luego, en una persona ascendente que posibilita el desarrollo de procesos de acompañamiento de carácter integral.

3.2. Objetivos

Este programa piloto se ha planificado en torno a tres líneas estratégicas de intervención, que se han marcado tras un pequeño estudio de la comarca para adaptar las conclusiones obtenidas en el estudio general a las especificidades de los/as jóvenes de esta zona. Dichas líneas estratégicas son:

1. Dar respuesta a las necesidades socioeducativas de los/as jóvenes con dificultades de inclusión, previa identificación de aquéllas en sus espacios cotidianos de relación, el desarrollo de procesos educativos individuales y la puesta en marcha de marcos grupales, que han abordado diferentes cuestiones (inserción sociolaboral, motivación, habilidades sociales, conocimiento de recursos, elaboración de itinerarios personales).

2. Fomentar la adaptación de los recursos y la creación de otros nuevos para el desarrollo de proyectos educativos de calidad que faciliten la futura participación de los/as jóvenes en espacios normalizados (coordinación con recursos, servicios y empresas de inserción sociolaboral).
3. Crear una estructura de coordinación con las diferentes administraciones responsables de las respuestas a los/as jóvenes (ayuntamientos, diputaciones, Gobierno Vasco-Lanbide).

3.3. Metodología

La planificación diseñada por el equipo educativo se ha llevado a cabo de acuerdo a una metodología organizada en bloques de acción, con contenidos de trabajo y temporalización ajustados:

- Conocimiento de la zona y adaptación del estudio a las necesidades de la población concreta.
- Detección de los/as jóvenes en situación de exclusión en sus espacios cotidianos de actividad, principalmente la calle. También se ha atendido a aquellos/as jóvenes derivados por los servicios sociales de base (aunque la mayoría no acuden a ellos, ya que son sus padres o madres quienes lo hacen).
- Establecimiento de la relación educativa con los/as jóvenes en sus espacios cotidianos de desarrollo: conocimiento, presentación de la figura del educador, delimitación de roles, normas de relación, compartir tiempo.
- Diagnóstico de necesidades: se ha utilizado el Instrumento de Valoración de las Situaciones de Exclusión Social de Gobierno Vasco (Decreto 353/2013), acompañado de unos indicadores generados por la entidad que facilitan el diseño del proceso individual. Este diagnóstico se ha realizado generalmente de manera compartida con el trabajador o trabajadora social de referencia de los servicios sociales de base.
- Diseño y desarrollo de los planes individuales de atención (PIA): cada joven con quien se ha intervenido ha tenido un plan individualizado, que contemplaba tanto indicadores objetivos como elementos cualitativos definidos en las diferentes áreas de intervención, en que se desarrolla su vida (individual, social, familiar, formativo-laboral, judicial, vivienda, tiempo libre). En este plan se marcaban tanto objetivos como acciones a desarrollar y tiempos. Se consensuaba con el/la propio/a joven, y recogía compromisos por su parte y por parte del equipo educativo.
- Creación de marcos socioeducativos grupales: se han creado grupos para el desarrollo de los planes de atención individual, como elemento de 'ensayo previo' a su inclusión en recursos normalizados. En ellos no sólo han participado jóvenes en exclusión, sino también otros/as con situaciones normalizadas, por entender que el propio marco grupal es un elemento de retroali-

mentación educativa que enriquece a todos/as los/as participantes.

- Coordinación con los servicios sociales de base y los servicios sociales especializados: se han realizado reuniones de coordinación con los/as trabajadores/as sociales de referencia de los/as jóvenes, que son, en la gran mayoría de los casos, los/as profesionales que los/as acercan a los servicios sociales. La intervención en cada uno de los PIA se ha intentado enmarcar dentro de los convenios de inserción de los/as trabajadores/as sociales, con el fin de desarrollar intervenciones globalizadas e integrales que potencien los recursos de acompañamiento.
- Trabajo comunitario: se han desarrollado acciones de coordinación con todos los agentes, recursos, servicios y departamentos responsables de los/as jóvenes (abogados, fiscalía, recursos de empleo, formativos, policía municipal, agencias de desarrollo comarcal), que han actuado como eje para el desarrollo de intervenciones integrales desde todos aquellos espacios donde se desarrolla el/la joven. Asimismo, se han generado procesos de adaptación de los propios recursos y servicios a las necesidades de los/as jóvenes, para un desarrollo más óptimo de éstos/as. Por último, se ha derivado a jóvenes hacia recursos normalizados, intentando desarrollar procesos transitorios de acompañamiento por parte del equipo educativo.

3.4. Algunas acciones

Entre otras, se han realizado las siguientes intervenciones:

- Acompañamiento y orientación individual a los/as jóvenes en diferentes contextos: dificultades familiares, procesos judiciales, recursos formativos, charlas y reflexiones.
- Procesos grupales de socialización: se pretende crear espacios con grupos naturales o contruidos por el equipo educativo donde abordar conflictos, preocupaciones, dificultades.
- Formación: preparación de exámenes para acceso a niveles de cualificación dentro del sistema de formación ofertado por Lanbide-Sistema Vasco de Empleo.
- Actividades de tiempo libre saludables: realización de actividades de ocio que fomenten el contacto con la naturaleza, la cultura, así como la reducción de consumos.
- Rehabilitación del local: habilitación de un local cedido por el Ayuntamiento de Elgoibar para crear un punto de encuentro, un lugar para dinámicas grupales o realización de talleres.
- Reutilización de residuos: desarrollo de talleres de carácter ecológico y formativo para la reutilización de residuos (construcción de muebles con palés, 'tuneado' de bicis, elaboración de jabón).

- Medidas judiciales: cumplimiento de medidas judiciales alternativas al internamiento con algunos/as jóvenes de la comarca.

4. Fase de evaluación: orientaciones a futuro

El equipo educativo se encuentra actualmente en la fase de evaluación del programa piloto, con el afán de poder estabilizarlo como servicio de acompañamiento especializado. La respuesta dada por el programa a los objetivos planteados ha sido muy satisfactoria, así como la acogida por parte de los/as jóvenes de la comarca de un servicio de acompañamiento socioeducativo de este tipo. Aun así, debemos hacer un contraste más pausado del proceso de evaluación, pero sí nos suscita una nueva reflexión que queremos trasladar aquí, una nueva oportunidad de investigar para generar elementos de mejora aplicables en la siguiente intervención.

Si bien es cierto que el acompañamiento es muy satisfactorio para el desarrollo de procesos inclusivos con jóvenes, también vemos necesario reforzar elementos estructurales que puedan potenciar ese paso, es decir, generar procesos de inserción laboral que permitan su acceso al mercado laboral y posibiliten experiencias de emancipación ordenadas y con supervisión. Estos elementos estructurales (trabajo/formación y vivienda), junto con procesos educativos de carácter individual, social y de empoderamiento, posibilitarían la integración comunitaria de éstos jóvenes en exclusión. Por ello, planteamos el esquema de la Figura 4, que es el elemento de partida para elaborar un programa de intervención socioeducativa para la inclusión con plenas garantías de éxito.

La nueva reflexión viene dada por que un acompañamiento sin recursos de carácter estructural con jóvenes, en ocasiones, no es suficiente para abordar intervenciones integrales que garanticen tránsitos de calidad a la vida adulta. Por ello, nos planteamos, como nueva reflexión, llevar a cabo intervenciones socioeducativas en espacios de carácter más estructural, como la formación/trabajo o la vivienda. Evidentemente, esta reflexión está anclada en la comarca en la que desarrollamos el proyecto, porque en otras comarcas o territorios históricos ya están en marcha servicios como el que planteamos.

En esta primera reflexión para delimitar un proceso de investigación, ordenamos las ideas desde el esquema planteado anteriormente, en el que sería necesario un modelo en el que el centro de la intervención sería la persona, que podría disfrutar de acompañamientos en diferentes espacios, como el más personal/social, el laboral y el de la vivienda.

Cada uno de estos espacios nos plantea un nuevo objetivo a la hora de desarrollar una reflexión enfocada a la acción, que estructuramos de la siguiente manera:

- Factores humanos: en este primer espacio, se aboga por continuar con el desarrollo de proyectos de intervención socioeducativa en el medio abierto, entendiendo éste como aquellos contextos donde se desarrolla la vida de las personas (donde adquieren herramientas, habilidades y recursos para su desarrollo). Como decíamos antes, la experiencia totalmente satisfactoria de la puesta en marcha del proyecto piloto nos hace abogar por la potenciación de estos proyectos, acompañándolos, quizás en ocasiones, de procesos de mediación o intervención familiar, para trabajar aspectos dentro de este contexto concreto.

Figura 4. Sistema de intervención integral con jóvenes en situación de exclusión

Fuente: Elaboración propia.

- Factores residenciales o de emancipación: la imposibilidad de muchos/as jóvenes de desarrollar proyectos de emancipación por motivos económicos (falta de acceso al mercado laboral y al sistema de prestaciones), motivos de madurez personal y, sobre todo, por factores organizativos (gestión de recursos, convivencia) hace necesario el establecimiento de proyectos de intervención en pisos, hogares o recursos residenciales con personas en situación de exclusión. Éstos serían tan sólo un espacio previo y de transición a la vida autónoma, en el que se abordarían diferentes aspectos y donde se transferirían actitudes y aptitudes para potenciar procesos autónomos de transición a la vida adulta.
- Factores laborales o formativos: finalmente, hemos observado la importancia de desarrollar procesos formativos o laborales específicos para jóvenes con dificultades de inclusión. Estos procesos garantizan dos cosas: por un lado, la posibilidad de acceder a dinero para ser autónomos e iniciar una emancipación; y por otro, algo básico, la ubicación

del mundo de trabajo dentro de la organización del / de la joven, al situar el trabajo como elemento de empoderamiento y participación social, así como de reconocimiento y satisfacción social (no tan sólo como una forma de conseguir dinero). Por ello, vemos necesario iniciar otra reflexión en torno al desarrollo de proyectos de intervención socioeducativa en contextos laborales o de capacitación/formación.

Entendemos que la intervención en estos tres espacios para trabajar factores de diverso tipo debe estar integrada en un proyecto que cubra las necesidades en todos los contextos, de forma que esta intervención macro produzca resultados como la participación, la promoción y la integración comunitaria. Éste es, en la actualidad, uno de los nuevos debates y retos a abordar en nuestros espacios de reflexión, que, a través de un proceso de definición técnico, nos abocará al desarrollo de nuevas investigaciones enfocadas a poner en marcha experiencias que siempre reviertan en la mejora de la calidad de vida de los/as ciudadanos/as.

Bibliografía

- (2013): “Decreto 353/2013, de 28 de mayo, de Ficha Social del Sistema Vasco de Servicios Sociales y del instrumento de diagnóstico social del Sistema Vasco de Servicios Sociales”, *Boletín Oficial del País Vasco*, nº 121, 26-6-2013 [<http://www.lehendakaritza.ejgv.euskadi.net/r48-vacia/es/bopv2/datos/2013/06/1302907a.pdf>].
- (2008): “Ley 18/2008, de 23 de diciembre, para la Garantía de Ingresos y para la Inclusión Social”, *Boletín Oficial del País Vasco*, nº 250, 31-12-2008, págs. 32.729-32.804 [<http://www.lehendakaritza.ejgv.euskadi.net/r48-vacia/es/bopv2/datos/2008/12/0807235a.pdf>].
- (2008): “Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales”, *Boletín Oficial del País Vasco*, nº 246, 24-12-2008, págs. 31.840-31.924 [<http://www.euskadi.net/bopv2/datos/2008/12/0807143a.pdf>].
- ÁVILA RUIZ, A. (coord.) (2013): *Estudio de necesidades de jóvenes mayores de edad de 18 a 25 años no emancipados de la CAPV*, Urnieta, Kalexka Elkartea [http://www.kalexka.com/upload/articulos/Estudio_de_necesidades_de_jovenes_mayores_de_edad_de_18_a_25_años_no_emancipados_de_la_CAPV.pdf].
- CONSORCIO PARA LA EDUCACIÓN COMPENSATORIA Y LA FORMACIÓN OCUPACIONAL DE GIPUZKOA (2001): *Programa Marco de Intervención Socioeducativa, desde los Servicios Sociales Comunitarios, con Menores y Jóvenes en Situación de Riesgo*.
- GOBIERNO VASCO (2012): *III Plan de Inclusión Activa 2012-16 de la CAPV*, Vitoria-Gasteiz, Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- KALEXKA ELKARTEA (2009): *Estudio de necesidades de niños-as y adolescentes en situación de riesgo del municipio de Elgoibar*, Ayuntamiento de Elgoibar.
- MORENO MÍNGUEZ, A. (2012): *La transición de los jóvenes a la vida adulta*, Barcelona, Obra Social La Caixa.
- OTAÑO, J. (2012): “Nuevas formas de exclusión social como consecuencia del fuerte incremento del desempleo. Comparecencia en el Senado, ante la Comisión Especial sobre las nuevas formas de exclusión social consecuencia del fuerte incremento del desempleo, el 12 abril 2010, en representación del Consejo General de Educadoras y Educadores Sociales”, *Revista de Educación Social*, nº 14 [http://www.eduso.net/res/pdf/14/nuefor_res_14.pdf].
- (2006): *Una reflexión sobre las claves de la intervención socioeducativa a través de sus tres herramientas de trabajo. Educación de calle en Andoain, 1994-2006*, Ayuntamiento de Andoain; Diputación Foral de Gipuzkoa.

Estudio diagnóstico sobre la situación, necesidades y demandas de las personas con espina bífida e hidrocefalia y sus familias en la Comunidad Autónoma del País Vasco¹

Asociación Bizkaia Elkartea Espina Bífida e Hidrocefalia (ASEBI)

<info@asebi.es>

Euskal Autonomia Erkidegoko bizkar hezur bifidoa duten pertsonen inguruko errealitatearen azterlan eta datuen eskasiari aurre egiteko, 2011an burutu zuen ikerketa bat Bizkaiko Bizkarrezur Bifidoa eta Hidrozefalia Elkartea (ASEBI), horren bidez ezagutzeko Euskadin egunerokoan gaitz hori duten pertsonen errealitatea. Artikulu honetan jasotzen dira bizkar hezur eta hidrozefaliak eragindako kolektibo horren inguruko ezaugarritzea burutzeko azterlanaren ondorio nagusiak, eta nahi dira identifikatu gaixoen eta berauen familien premiak, horretarako biltzen delarik hezkuntza, lan, aisialdi, partaidetza eta osasunaren inguruko informazioa.

GAKO-HITZAK:

Bizkar hezur bifidoa, hidrozefalia, ezgaitasuna, premiak, eskariak, EAE.

Ante la falta de estudios y datos sobre la realidad de las personas con espina bífida en la Comunidad Autónoma del País Vasco, en 2011, la Asociación Bizkaia Elkartea Espina Bífida e Hidrocefalia (ASEBI) llevó a cabo una investigación para analizar la realidad a la que se enfrentan en su día a día las personas que viven con esta enfermedad en Euskadi. En este artículo, se recogen las principales conclusiones de ese estudio sobre la caracterización del colectivo de personas afectadas por espina bífida e hidrocefalia, así como la identificación de sus necesidades y la de sus familiares, recopilando para ello información de los ámbitos educativo, laboral, de ocio y tiempo libre, de participación ciudadana o de salud.

PALABRAS CLAVE:

Espina bífida, hidrocefalia, discapacidad, necesidades, demandas, CAPV.

¹ Este artículo es un resumen del siguiente estudio: Asociación Bizkaia Elkartea de Espina Bífida e Hidrocefalia, *Estudio diagnóstico sobre la situación, necesidades y demandas de las personas con EBH y sus familias*, Bilbao, Asociación Bizkaia Elkartea Espina Bífida e Hidrocefalia, 2012 [<http://www.asebi.es/wp-content/uploads/2011/10/Estudio-Diagnostico-Situaci%C3%B3n-y-Demandas-EBH.pdf>].

1. Planteamiento del estudio

Para la Asociación Bizkaia Elkarte Espina Bífida e Hidrocefalia (ASEBI), como entidad del tercer sector, promover la investigación sobre la espina bífida es de vital importancia, máxime cuando no hay estudios recientes y ninguno en Euskadi. Es por ello por lo que, en 2011, llevó a cabo una investigación para conocer la realidad a la que se enfrentan en su día a día las personas que viven con esta discapacidad en la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV).

El conocimiento es un instrumento fundamental para la mejora en todos los órdenes, y de ahí la necesidad de promoverlo. El estudio surgió de una necesidad imperiosa por conocer la situación de las familias y las personas afectadas. Profesionales de ámbitos como el sociosanitario o el educativo se encuentran ante un desconocimiento importante de la realidad de esta discapacidad, el grado en que les afecta a las personas y de cómo afrontar su situación.

Estudios como éste suponen un pilar para entidades como ASEBI, al combinar de forma única la solidaridad, la competitividad y su presencia social. Este trabajo pretendía también apoyar la consolidación y desarrollo del mencionado colectivo, y servir para concienciar y dar más independencia a un número mayor de personas con espina bífida e hidrocefalia.

Por consiguiente, el estudio se abordó desde una perspectiva que proporcionaba conocimiento social, sanitario y educativo. Se trataba de ir descubriendo las claves que permitían revelar a estas personas y sus familias, y acrecentar su valor e imagen positiva, para ajustar su situación actual y poder mejorar su futuro en su desarrollo integral como personas y visualizar sus capacidades antes que sus limitaciones. Esta investigación nos ha permitido contar con información ordenada y sistemática sobre las necesidades, prioridades y demandas de estas personas y sus familias, así como disponer de una herramienta para darnos a conocer mejor ante la sociedad.

2. ¿Qué es la espina bífida?²

La espina bífida es la malformación congénita más grave compatible con la vida. Se trata de un defecto congénito del tubo neural que consiste en un anormal desarrollo embrionario producido durante la tercera o cuarta semana de gestación, momento en el que se forma el cierre del tubo neural (parte del embrión a partir de la cual se forman el cerebro y la médula espinal) y de sus estructuras adyacentes, que conlleva secuelas crónicas y cuyas causas aún hoy son desconocidas. Como consecuencia de este defecto, la persona presenta discapacidad multiorgánica en diferentes grados.

Son múltiples las secuelas físicas y psicológicas de la enfermedad. En cuanto a las primeras, la espina bífida afecta, por lo menos, a tres de los sistemas más importantes del organismo (neurológico, locomotor y genitourinario), por lo que será necesario un abordaje bajo la óptica multidisciplinar. En cuanto a las secuelas psicológicas, existen pocos estudios que las hayan investigado en profundidad, pero sí se puede afirmar que la falta de aceptación por parte de la sociedad, la familia o los compañeros/as de las limitaciones de estas personas afectadas es la causa más importante del aislamiento y la falta de una vida normalizada y en igualdad de oportunidades que padecen las personas con espina bífida.

Sí bien su etiología es desconocida y su origen heterogéneo, está científicamente reconocido que la ingesta de folatos o ácido fólico tres meses antes de la gestación previene en un 75 % los defectos del tubo neural.

3. Delimitación del estudio y objetivos

Nos resultaba fundamental conocer mejor a las personas que se enfrentan a la realidad de vivir con esta discapacidad y cuantificar el colectivo. Queríamos acercarnos a esta realidad desde una perspectiva holística, que abarcara distintos ámbitos de la vida, como la educación, el trabajo, el ocio, las relaciones sociales o la salud. Ello nos debía permitir también conocer en profundidad la visión que, sobre su propia situación, tienen las personas afectadas y sus familiares; e igualmente, elaborar herramientas para poder trabajar con estas personas y ofrecerles la oportunidad de conseguir un futuro mejor en la compleja urdimbre de las relaciones humanas, poniendo el énfasis en la normalidad, no en la normalidad de la uniformidad, sino en aquella que cae dentro del amplio rango de las diferencias individuales. Esta visión no permitía, en suma, adquirir información útil para mejorar tanto los servicios ofertados por ASEBI y otros agentes como para proponer la creación de nuevos servicios o prestaciones dirigidas a las de personas con espina bífida e hidrocefalia y sus familias.

Concretamente, los objetivos específicos marcados para la investigación eran los siguientes:

1. Conocer el perfil sociodemográfico de las personas afectadas y sus familias.
2. Describir la realidad de estas personas afectadas en cada uno de los ámbitos más significativos, identificando sus dificultades reales.
3. Identificar las necesidades no cubiertas o respuestas inadecuadas ofertadas en los ámbitos social, educativo, sanitario, laboral y de ocio/cultural.
4. Identificar propuestas de mejora de los recursos y prestaciones existentes en ámbitos citados.
5. Conocer la visión del colectivo de familiares de personas afectadas por espina bífida e identificar posibles necesidades.

² Para más información, consúltese <<http://www.asebi.es>>.

4. Metodología

La Encuesta de Discapacidades, Autonomía Personal y Dependencia realizada por el Instituto Nacional de Estadística en colaboración con el Ministerio de Sanidad y Política Social en 2008, computó en el País Vasco un total de 496 personas mayores de 6 años con espina bífida e hidrocefalia, lo que supone una tasa de prevalencia de la espina bífida de 2,5 casos por cada 10.000 habitantes.

En nuestro estudio, se tomó en consideración un universo poblacional de 132 personas, de las cuales 64 eran mujeres y 68 hombres, con edades comprendidas entre los 16 y los 40 años (Tabla 1). Estas personas se extrajeron de 152 unidades familiares, con alguno de sus miembros afectados de espina bífida e hidrocefalia. La diferencia entre el número de personas afectadas y el de unidades familiares se debe a que, para el cómputo de estas últimas, se consideraron a todas las familias con algún miembro afectado de espina bífida e hidrocefalia, independientemente de su edad, si bien las personas afectadas de espina bífida e hidrocefalia menores de 16 años no fueron objeto de estudio. Es importante aclarar, además, que únicamente se remitió un cuestionario por familia, de ahí que los datos se desagreguen por sexos.

Tabla 1. Población objeto de estudio (feb. 2011)

	Edad	Mujeres	Hombres	Total
Personas afectadas	≥ 16 años	64	68	132
	≤ 16 años	8	12	20
Familias	—	—	—	152

Fuente: Asociación Bizkaia Elkarte de Espina Bífida e Hidrocefalia (2012).

Se partió de una concepción de las personas objeto de estudio como agentes activos durante el proceso de investigación, lo que se conoce por investigación participativa. De hecho, fueron las personas afectadas y sus familiares pertenecientes a la asociación, en colaboración con personal técnico, quienes pautaron las directrices de la investigación (grupo motor) y quienes participaron en el análisis de su propia realidad. De esta forma, pasan de ser 'objeto' de estudio a sujeto protagonista de la investigación, controlando e interactuando a lo largo del proceso investigador. Ello requiere la implicación y la convivencia del equipo investigador externo con la 'comunidad' a estudiar. Este método de estudio y acción busca obtener resultados fiables y útiles para mejorar situaciones colectivas

La investigación ha combinado la metodología cuantitativa y la cualitativa. La metodología cuantitativa, mediante una encuesta escrita autoadministrada dirigida tanto a las familias como a las personas afectadas, ha permitido ofrecer una pequeña radiografía de la situación, reflejando en datos aquellos aspectos cuantificables. Por su parte, la metodología cualitativa, mediante la celebración de los grupos de

discusión, nos ha permitido profundizar en los diagnósticos de las personas afectadas y de sus familias, entenderlas e interpretar los significados intersubjetivos de sus ideas. Además, se llevó a cabo una revisión documental para contextualizar el análisis y orientar la interpretación.

4.1. Revisión documental

A través del vaciado de bibliografía³ sobre discapacidad física en general, se consiguió profundizar en los diferentes aspectos que se trabajaron a lo largo del informe, así como en la construcción del cuestionario y los grupos de discusión. Por otro lado, permitió establecer un marco de referencia que mostrara el panorama general actual, es decir, situar el contexto de la investigación y constituir el soporte a partir del cual iniciar la reflexión.

4.2. Encuesta

Para la recogida de información cuantitativa, se emplearon dos cuestionarios, uno para familiares y otro para personas afectadas, ya que la intención era recabar datos desde las dos visiones. Los cuestionarios fueron diseñados por el Servicio de Investigación Social de Fundación EDE, en contraste permanente con el equipo directivo y técnico de ASEBI, y constaban de 37 preguntas en el caso de familiares y de 77 en el caso de personas afectadas. Estos cuestionarios se distribuyeron por diferentes medios en noviembre de 2011 y se dio de plazo para que lo cumplimentasen hasta mediados de enero de 2012.

Tomando en consideración los datos poblacionales que se recogen en la Tabla 1, las respuestas obtenidas suponen un índice de participación del 47 % de las personas afectadas y del 40 % de las familias. Con todo, el tamaño de la muestra representa —considerando un nivel de confianza del 95 %— un error muestral de $\pm 9,1\%$ en los datos referidos a las personas afectadas y de $\pm 9,7\%$ en las familias. Aunque la mayor parte de las respuestas obtenidas correspondían a las personas que integraban la asociación de Bizkaia —que aportaba el 95 % de las respuestas en el caso de las personas afectadas y el 91 % en el de las familias—, los datos pueden considerarse representativos de toda la CAPV, ya que el peso de esta asociación con respecto a la de Araba y Gipuzkoa es mucho mayor, tanto en lo relativo al volumen de personas asociadas como a la intensidad de su actividad.

4.3. Grupos de discusión

Para la recogida de información cualitativa, se celebraron dos grupos de discusión, con familiares, por un lado, y con personas afectadas, por otro, lo que permitió enriquecer el análisis, así como explicar, matizar, concretar y comprender algunos de los datos

³ La bibliografía utilizada puede consultarse al final del artículo.

que arrojaban las encuestas. A la hora de seleccionar a familiares y personas afectadas que pudieran participar, se realizó un muestreo de tipo opinático en el que el equipo técnico de ASEBI seleccionó a aquellas personas que, por su mayor conocimiento o significatividad en la asociación, fueron consideradas más idóneas.

Al grupo de familiares asistieron nueve personas –ocho mujeres y un hombre–. Concretamente, se trataba de seis madres, un padre y otras dos mujeres con grado de parentesco de primer grado. Seis personas eran de Bizkaia y el resto, de Álava/Araba. Si bien la participación fue desigual, la valoración fue positiva, especialmente en lo concerniente a las dinámicas centradas en las preocupaciones y necesidades de las familias, que dieron más pie a la reflexión y debate que las relativas a la actividad de la asociación.

Al grupo de personas afectadas asistieron otras nueve personas –siete mujeres y dos hombres–, con edades comprendidas entre los 20 y los 47 años. Ocho eran de Bizkaia y una, de Araba. En líneas generales, la participación fue correcta en todos los casos, si bien no demasiado crítica. Gracias al debate, se pudieron recoger nuevas aportaciones con respecto a las extraídas de los cuestionarios y profundizar en otras cuestiones.

5. La realidad de la espina bífida y la hidrocefalia en la CAPV

5.1. Perfil sociodemográfico de las personas con espina bífida e hidrocefalia

Con el objetivo de realizar un perfil de las personas afectadas, se ha analizado una serie de variables sociodemográficas, tales como el sexo, la edad, el estado civil, el número de hijos e hijas, los estudios finalizados, la ocupación y los ingresos. La distribución en cuanto a sexos era bastante simétrica: el 55 %, mujeres; y el 45 %, hombres. Por edades, el grupo mayoritario era el de quienes tenían entre 25 y 34 años, seguidos del correspondiente a la siguiente franja de edad, de 35 a 44 años. Por tanto, la mitad de las personas consultadas tenían entre 25 y 45 años, siendo la edad media de 30,7 años.

Una amplia mayoría (87 %) de las personas consultadas estaban solteras. Casi en su totalidad, convivían con sus dos progenitores y con un/a hermano/a. En el 44 % de los casos, las viviendas no se encontraban del todo adaptadas a las necesidades de las personas con espina bífida e hidrocefalia. Aunque a prácticamente la mitad les gustaría independizarse, lo veían poco probable a corto plazo, principalmente por cuestiones económicas. La mayoría de los afectados de entre 18 y 24 años tenían estudios secundarios o profesionales, mientras que en la población de la CAPV de entre 20 y 24 años ese porcentaje alcanzaba el 50 %. Además se observa que el porcentaje de personas universitarias con espina bífida

era sensiblemente menor que el de la población en general para la misma edad.

En lo que se refiere a actividad laboral, prácticamente no había diferencias entre las personas con espina bífida y la población en general hasta los 24 años, ya que el 73 % de las personas con espina bífida e hidrocefalia de entre de 18 a 24 años (15 casos) se encontraban inactivas (incluyendo a las personas que estudiaban), y ese porcentaje era del 70 % para la población en general. Sin embargo, en la franja de edad que va de los 25 a los 44 años (30 casos) sí se aprecian diferencias. Se observa que el porcentaje de personas activas con la enfermedad era sensiblemente menor que el de la población en general para la misma edad: del 59 % entre las personas con espina bífida e hidrocefalia, y del 88 % entre la población en general.

De hecho, tal y como se muestra en la Tabla 2, el 39 % de las personas afectadas estaban ocupadas, cuando el porcentaje era del 77 % en el caso de la población general. El hecho de que el volumen de personas inactivas sea tan elevado (41 %) en esta franja de edad y en la siguiente (del 62 %) nos alerta del problema de la inserción laboral.

Tabla 2. Personas afectadas encuestadas, según actividad y edad (%)

	Total		Distribución por edad (años)		
	Fi	%	18-24	25-44	≥ 45
Activos/as	24	40	27	59	38
Ocupados/as	13	22	0	39	25
Parados/as	11	18	27	20	13
Inactivos/as (incluye estudiantes)	37	60	73	41	62
Total	61	100	100	100	100

Fuente: Asociación Bizkaia Elkartea de Espina Bífida e Hidrocefalia (2012).

En cuanto a los ingresos propios, la mayoría procedían fundamentalmente de prestaciones contributivas relacionadas con la discapacidad, dinero que se aportaba a la economía familiar, pero que las personas afectadas no gestionaban directamente. Los datos reflejan una realidad complicada para las familias en la mayoría de los hogares: por un lado, veían reducido el nivel de ingresos al no obtener recursos a través de las personas con espina bífida, y por otro, los gastos derivados de la atención especial de las personas afectadas oscilaban entre los 100 y 300 euros mensuales, sin contar el material ortoprotésico. Prácticamente la mitad de los hogares recibían algún tipo de prestación o ayuda económica por el cuidado de la persona con espina bífida, y cerca del 40 %, la prestación por hijo o hija a cargo. En general, las ayudas que ofrecía la Administración a las familias que tenían entre sus miembros a una persona afectada –la tarjeta de aparcamiento

y los precios reducidos en los transportes públicos, principalmente— eran calificadas por aquéllas de insuficientes, y a veces, de inadecuadas.

5.2. Características del hogar

Tal y como se ha hecho en el análisis de las y los familiares, resulta interesante conocer la composición y características del hogar de las personas afectadas. En este sentido, casi siete de cada diez (65 %) formaban parte de un hogar en el que residía una pareja con uno o varios hijos o hijas, y algo más de una de cada diez vivía en un hogar compuesto por una pareja sin hijos o hijas (13 %), o en un hogar unipersonal (11 %). Habitualmente los hogares estaban formados por tres o cuatro miembros, siendo 3,17 personas la media de miembros por hogar. En un 10 % de los hogares residían más de una persona con espina bífida.

Tal y como se muestra en la Tabla 3, las familias estaban muy de acuerdo con la importancia del apoyo de toda la familia para sobrellevar las situaciones que derivaban de la enfermedad; además, a pesar de considerar satisfactorias las relaciones familiares eran reacias a admitir posibles disfunciones en las relaciones tanto de pareja como intrafamiliares. Si bien a tenor de estos datos se podría pensar que, en general, el cuidado y atención a la persona afectada no habían erosionado las relaciones familiares, el equipo directivo y técnico de ASEBI disiente en este punto, al considerar, por el contrario, que las consecuencias del cuidado sí erosionan las relaciones de pareja de los progenitores e influye en la falta de desarrollo evolutivo de la persona afectada, como se ha podido constatar en la atención y asistencia del servicio de apoyo psicológico y en los grupos de autoayuda.

No obstante, tal y como se entrevistó en las respuestas, existían una serie de preocupaciones en torno a la enfermedad. A la inmensa mayoría de los padres y las madres les preocupaba el futuro de su hijo

o hija: concretamente, al 62 % les preocupaba en gran medida qué sería de ellos y ellas cuando ya no pudieran atenderlos ('si yo faltara, las cosas para él/ella serían muy complicadas'), y sólo el 38 % reconoce 'preocuparse demasiado y sobreprotegerlo/a'. El resto de preocupaciones que tenían que ver con el aspecto emocional, si bien no resultan mayoritariamente compartidas, sí obtienen porcentajes de respuesta considerables que han de tenerse en cuenta: el 31 % reconocía que la enfermedad había generado conflictos dentro de la familia; el 23 %, que a menudo se sentía desanimado/a; y el 18 %, que su relación de pareja se resentía al tener que encargarse del cuidado de la persona afectada.

5.3. La salud y la dependencia

La espina bífida es considerada una enfermedad polideformante, con afectación de múltiples órganos como consecuencia de la patología neurológica que presenta. Esto supone que no todas las personas afectadas padecerán las mismas consecuencias, por lo que resulta de gran relevancia conocer el tipo de lesión concreta que padece cada persona. La mayoría presentaba espina bífida con hidrocefalia, en 7 de cada 10 casos era mielomeningocele, siendo lo más frecuente que la lesión se localizara en la región lumbosacra. Casi la mitad tenía reconocido un grado de minusvalía igual o superior al 75 % y un grado de dependencia II y nivel I; la mitad de las personas encuestadas necesitaban utilizar silla de ruedas.

Las complicaciones derivadas eran múltiples: 6 de cada 10 tenían problemas en la vejiga; 4 de cada 10 no controlaban los esfínteres y, de ellas, 7 de cada 10 utilizaban pañales. Además, casi un 50 % necesitaba sondaje diario (4,5 sondajes diarios de media) y 3 de cada 10 sufrían habitualmente de infecciones de orina, por lo que tenían afectados los riñones y necesitaban medicarse con cierta frecuencia. Prácticamente todos sufrían problemas de estreñimiento (por lo que necesitaba medicación) y 3 de

Gráfico 1. Grado de acuerdo con afirmaciones sobre la familia (puntuación media en una escala de 0 a 10)

EBH: espina bífida e hidrocefalia. **Fuente:** Asociación Bizkaia Elkarte de Espina Bífida e Hidrocefalia (2012).

cada 10 tenían alergia al látex. De cada 10 personas afectadas, 7 necesitaban hacerse controles médicos de manera regular (que se realizaban, en el 30 % de los casos, en el Hospital Universitario de Cruces). Los especialistas más visitados eran los de Urología/ Nefrología, Traumatología, Atención Psicológica o Salud Mental, y Rehabilitación. En este ámbito, las familias mostraban una serie de preocupaciones, ya que consideraban que, en la medida en que mejorara cada uno de los aspectos relacionados con la salud, también lo hacía la calidad de vida de las personas afectadas, que era para todos y todas ellas lo más importante.

Dicho lo anterior, los familiares mencionaban dos preocupaciones por encima de todo. En primer lugar, la relativa a las complicaciones derivadas de la enfermedad –entendiendo por tales las infecciones, las complicaciones en la válvula y en los riñones, o los riesgos derivados de las múltiples operaciones, entre otras-. Y en segundo lugar, la degeneración de la enfermedad –su evolución-. Este asunto provocaba gran preocupación, ya que ponía de manifiesto la necesidad de ayuda permanente (actual y futura) de la mayoría de las personas con espina bífida. Además, en la medida en que padres y, sobre todo, madres (principales cuidadoras) se hacían mayores, la preocupación aumentaba, ya que percibían de manera más cercana las consecuencias de su ausencia y temían la falta de autonomía de su familiar (“que no se valga por ella misma”, “que necesite más ayuda”).

Otra de las cuestiones de gran relevancia para las familias tiene que ver con las secuelas psicológicas que la enfermedad puede acarrear como consecuencia de las dificultades y obstáculos que se le plantean a la persona afectada. Más allá de las consecuencias físicas, nos interesaba indagar en las consecuencias psicológicas. Según la literatura consultada, no parece que la enfermedad en sí misma sea la causa directa de los problemas socioemocionales, sino que más bien, se deben a la respuesta de la sociedad ante la discapacidad y a cómo las personas afectadas

gestionan esa respuesta. Por ello, preguntamos a las personas que padecían espina bífida sobre su estado de ánimo, pidiéndoles que mostraran su grado de acuerdo con una serie de afirmaciones, cuyos resultados mostramos en el Gráfico 2.

Por lo general, las personas afectadas se sentían bien consigo mismas (7 puntos de media sobre 10), aunque no gozaban de demasiada autoestima (6 puntos sobre 10). A pesar de ello, eran contrarias a mostrar el lado más negativo de la enfermedad y la mayoría no se sentían reconocidas en frases como ‘muchas veces me siento con el ánimo deprimido, solo o poco aceptado’, o ‘tengo problemas para conciliar el sueño’ (Tabla 3).

Tabla 3. Grado de acuerdo afirmaciones relacionadas con el estado de ánimo

	Desacuerdo		Indiferencia		De acuerdo		NS/NC	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
Me siento bien conmigo mismo/a	10	16	12	19	39	63	1	2
Tengo ataques de ansiedad y/o angustia	42	68	9	15	6	10	5	8
Tengo buena autoestima (buen concepto de mí mismo/a)	11	18	14	23	34	55	3	5
Muchas veces me siento con el ánimo deprimido	28	45	15	24	16	26	3	5
Tengo problemas para conciliar el sueño	36	58	8	13	14	23	4	6
Me siento solo/a y poco aceptado/a	32	52	14	23	11	18	5	8

Fuente: Asociación Bizkaia Elkartea de Espina Bífida e Hidrocefalia (2012).

Gráfico 2. Grado de acuerdo con afirmaciones relacionadas con el estado de ánimo (puntuación media en una escala de 0 a 10)

Fuente: Asociación Bizkaia Elkartea de Espina Bífida e Hidrocefalia (2012).

Con todo, si nos detenemos en los porcentajes recodificados (de 0 a 3, 'en desacuerdo'; de 4 a 6, 'indiferente'; y de 7 a 10, 'de acuerdo'), observamos que un 18 % creía que no tenía buena autoestima y un 16 % no se sentía bien consigo mismo/a. De hecho, un 26 % muchas veces se sentía con el ánimo deprimido, un 23 % tenía problemas para conciliar el sueño y un 18 % se sentía solo/a o poco aceptado/a (Tabla 3).

5.4. Educación

Casi la mitad de las personas afectadas consultadas se encontraban estudiando y, a través de los grupos de trabajo, se constató que les suponía un esfuerzo mayor que para el resto, y no precisamente por las barreras arquitectónicas, sino porque el sistema educativo formal "no está pensado para todas las personas, sino para algunas", las que entran dentro de los parámetros estándar.

Las dificultades comenzaban con las relaciones entre los iguales —que eran crueles en muchos casos ("me han hecho la vida imposible", "me han quitado la silla de ruedas")— y con el profesorado. Se ponen de relieve las dificultades de los centros para aceptar la diversidad en las aulas. Las personas afectadas consideraban que el profesorado, en muchas ocasiones, no contaba con la información y la formación suficiente para enfrentarse a esta realidad en el aula. Unas veces sobreprotegía, y otras pedía demasiado ("el de gimnasia me exigía que diera tantas vueltas en tantos minutos, y yo no podía, y él erre que erre..."). Tanto para las familias como para las personas afectadas, una de las mayores preocupaciones era poder acabar sus estudios. Les preocupaba no poder alcanzar un nivel de formación alto para optar a puestos de trabajo cualificados.

5.5. Empleo

El empleo es considerado en la sociedad un elemento esencial de integración y desarrollo personal. Es indispensable para poder llevar a cabo una vida lo más normalizada posible, ya que asegura el desarrollo de capacidades intelectuales y sociales para conseguir la integración en la sociedad.

En relación con el empleo, un 21 % de las personas con espina bífida consultadas estaban ocupadas (el 19 % por cuenta ajena y el 2 % por cuenta propia), un 18 % en situación de desempleo (buscando trabajo) y el restante 16 % estaba inactiva. Concretamente, el 64 % de las que estaban en desempleo habían tenido trabajo anteriormente, y el restante 36 %, no. Además, el 50 % de las personas que estaban inactivas nunca habían trabajado (si bien los datos se refieren únicamente a 5 casos). Por lo tanto, nos encontramos con un porcentaje considerable (36 %) de personas en desempleo que nunca antes habían estado empleadas. Estos datos ponen de manifiesto una realidad complicada en lo que a inserción laboral de las personas con espina bífida se refiere. Entre

quienes se encontraban en desempleo y buscaban empleo (el 18 % del total de las personas afectadas), la mayoría llevaban buscando empleo más de un año (64 %), y un 18 %, menos de un año (otro tanto no respondió a la pregunta) [Tabla 4].

Tabla 4. Tiempo buscando empleo

	Fi	%
Entre 3 y 6 meses	1	9
Entre 6 meses y un año	1	9
Más de un año	7	64
NS/NC	2	18
Total	11	100

Fuente: Asociación Bizkaia Elkarte de Espina Bífida e Hidrocefalia (2012).

Estas mismas personas se mostraban relativamente pesimistas en relación a su futuro laboral. El 27 % creía que le sería difícil encontrar trabajo pronto, el 18 % pensaba que era imposible que una persona con discapacidad encontrara trabajo en una empresa privada (si bien la mayoría no estaba de acuerdo con esta afirmación) y el 27 % afirmaba que había trabajos en los que no le habían seleccionado por ser una persona con discapacidad. Con el objetivo de obtener una visión lo más amplia posible de las condiciones laborales y las características del empleo de las personas con espina bífida e hidrocefalia (y dado el escaso porcentaje de personas ocupadas), a la hora de analizar los datos relacionados con estas cuestiones se ha seleccionado a las personas que, independientemente de su situación actual, alguna vez habían tenido un empleo.

El 60 % de quienes trabajaban o habían trabajado alguna vez lo hacían en una empresa privada; el 20 %, en la administración pública; el 13 %, en una organización del tercer sector; y un 7 % no contestó. En el 33 % de los casos el trabajo se desarrollaba en un centro especial de empleo. Prácticamente la mitad (47 %) llevaba más de 5 años trabajando; un 27 %, entre 1-3 años; un 20 %, menos de un año; y un 7 %, entre 3 y 5 años. En el 40 % de los casos habían firmado contrato indefinido; y en el 27 %, por obra o servicio.

Con la intención de conocer las principales dificultades con las que podían encontrarse a la hora de acceder a un trabajo o mantenerlo, a todas las personas que contestaron el cuestionario se les pidió que señalaran, a partir de una batería de dificultades en el ámbito del empleo, las tres más importantes, y que las priorizaran. Una vez debatidas en el grupo de discusión, se determinó que las que más les preocupaban eran:

- El escaso fomento del empleo para personas con discapacidad: consideraban que había pocas ayudas a empresas para fomentar la contratación, y que se debería incrementar el porcentaje mínimo de puestos de trabajo para personas con discapa-

cidad que, por ley, las empresas están obligadas a cumplir. Detrás de esta valoración, se puede percibir que la mayoría de ellas no aspiraban a un puesto de trabajo en el mercado libre.

- El escaso interés de las empresas por contratar a personas con discapacidad. A esto se le une la opinión de que, por lo general, las empresas huían de las personas con discapacidad, ya que el peso de los estereotipos negativos era muy grande y había muchos prejuicios. Además, se apuntaba que el hecho de que, en la mayoría de los casos, contratar a una persona con discapacidad suponía tener que invertir en adaptar espacios y ello dificultaba aún más que los y las empresarias se animaran a contratarlas. En cuanto al empleo, hay que decir que aunque algunas personas sí señalaban en el cuestionario las dificultades que se desprendían de la búsqueda o el cambio de empleo, al profundizar sobre el tema en el grupo se pudo clarificar que estas cuestiones no se correspondían con las preocupaciones principales de las familias.
- La principal preocupación de las familias se centraba en las dificultades que encontraban las personas afectadas a la hora de acceder y mantener un empleo, pues entendían que acceder a un empleo les permitía ser mucho más autónomas e independientes, si bien reconocían que no tenían muchas oportunidades. Además, y como consecuencia de las dificultades en la habilidad manual que muchas personas afectadas presentaban,

algunas familias ponían de manifiesto la necesidad de encontrar un empleo que no fuera manual.

Cabe señalar que había casos en los que las familias reconocían no ver dificultades concretas en este ámbito, al no haberse planteado la posibilidad de que su familiar accediera a un empleo (“no he pensado que pueda tener un trabajo”). En este sentido, hay quien aseguraba confiar más en las ayudas y prestaciones económicas de las que la persona afectada pudiera beneficiarse que en sus oportunidades para acceder a un empleo (“confío más en la pensión de mi hija que en la posibilidad de que encuentre trabajo”). Al hilo de esta cuestión, las familias reflexionaban sobre la obligatoriedad de las empresas grandes de contratar personas con discapacidad y no se mostraban muy optimistas. En cierto modo, consideraban que la medida no cumplía con su objetivo de insertar laboralmente a personas con discapacidad.

5.6. Relaciones sociales, ocio y tiempo libre

Las relaciones sociales de las personas con espina bífida son muy limitadas, no suelen tener cuadrilla de amigos habitual y las salidas suelen ser esporádicas, generalmente con amigos/as de hermanos/as o de la familia. No obstante, la inmensa mayoría dice pertenecer a una cuadrilla o grupo de amigos y amigas, que está integrada mayoritariamente (y por este orden) por amigos y amigas del colegio, por personas del barrio, y por compañeros y compañeras de

Tabla 5. Frecuencia con la que las personas afectadas realizaban determinadas actividades de ocio y tiempo libre

	Mucho		Bastante		Poco		Nunca		NS/NC	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%
Hacer ejercicio físico en polideportivo o gimnasio	4	6	6	10	21	34	29	47	2	3
Ir a la piscina o la playa	2	3	5	8	35	56	16	26	4	6
Practicar deporte adaptado	2	3	5	8	10	16	41	66	4	6
Acudir a eventos deportivos	4	6	12	19	16	26	26	42	4	6
Acudir a eventos culturales (cine, teatro, conciertos)	3	5	25	40	27	44	4	6	3	5
Ir a la discoteca	2	3	10	16	16	26	29	47	5	8
Salir a tomar algo con amistades o comer en restaurantes	6	10	37	60	14	23	3	5	2	3
Conversar, estar con familiares/conocidos	23	37	30	48	2	3	2	3	5	8
Pasear	14	23	22	35	13	21	7	11	6	10
Ir de excursión (salir al monte, visitar alguna ciudad)	6	10	19	31	25	40	9	15	3	5
Viajar (dormir fuera de casa)	4	6	19	31	25	40	11	18	3	5
Ir de compras	10	16	24	39	19	31	6	10	3	5
Ir a manualidades/talleres	5	8	6	10	10	16	32	52	9	15
Utilizar Internet y redes sociales	30	48	20	32	3	5	6	10	3	5
Ver la televisión o películas en DVD	21	34	25	40	11	18	1	2	4	6
Escuchar música	24	39	31	50	2	3	2	3	3	5
Leer	10	16	19	31	18	29	10	16	5	8

Fuente: Asociación Bizkaia Elkartea de Espina Bífida e Hidrocefalia (2012).

la ASEBI. Por el contrario, un 19 % reconoce no tener cuadrilla. Las actividades de ocio son un elemento socializador de gran importancia para todas las personas, pero si tenemos en cuenta las características del colectivo, cobra más importancia, debido a que dispone de mucho tiempo libre.

El 85 % de las personas afectadas ocupaban parte de su ocio reuniéndose con familiares o personas conocidas; a esta actividad le seguían escuchar música (89 %), ver la televisión o alguna película en DVD (74 %), y salir a tomar algo o a comer en restaurantes (70 %). Además, el 58 % salía con frecuencia a pasear y el 50 % aprovechaba el tiempo para entrar en Internet y las redes sociales. Por otro lado, cabe decir que las personas afectadas consultadas no solían practicar deporte con frecuencia, ni siquiera deporte adaptado. Respecto a los eventos culturales, el 45 % acudía a ellos con mucha o bastante frecuencia, porcentaje muy superior al de la media para el conjunto de la población, en la mayoría de los casos, porque se acudía a dichos eventos en compañía de la asociación.

Por su parte, las familias reconocían que, en líneas generales, las personas afectadas tenían muchas dificultades para las relaciones sociales y uno de los motivos aludidos era el hecho de que “muchos o casi todos los de espina bífida al final tienen ese toque borde”, si bien estaban de acuerdo en señalar que ese carácter no era más que un escudo ante las dificultades que debían superar cada día. Al hilo de esta reflexión, algunas personas coincidían en que muchas veces los problemas de autoestima que padecen las personas afectadas están detrás de sus problemas y dificultades para relacionarse.

Además de las dificultades para crear un grupo de amistades, algunas personas ponían de manifiesto los problemas que encontraban a la hora de mantener las relaciones que ya tenían, puesto que no podían acceder a todos los espacios de ocio (“no voy contigo, porque no puedo entrar a esa discoteca”). Parece que, en muchas ocasiones, el ocio y el tiempo libre reforzaban las dificultades que había que superar para mantener la relación (“hay que empujar la silla, le tengo que acompañar a que se sonde...”). En este punto, las familias reflexionaban sobre las diferencias entre “ir o que le lleven”, poniendo el acento en que, con las verdaderas amistades, “vas” y no “te llevan”.

6. Propuestas para la mejora de la situación de las personas con espina bífida

Durante los grupos de discusión, se les pidió que reflexionaran unos minutos sobre la experiencia vivida a lo largo de la enfermedad. En tres paneles, escribieron sus ideas en torno a lo que les indignaba, lo que agradecían y lo que les gustaría. Con ello se pretendió identificar carencias en la atención de las afectadas, pero también conocer las cuestiones que funcionaban correctamente. En la puesta en común de lo señalado a título individual, se tuvo además la oportunidad de concretar y profundizar en cada una

de ellas, así como de establecer algunas propuestas para mejorar la situación actual.

En resumen, lo que más indignaba a las personas afectadas era la falta de sensibilización de la sociedad, que obstaculizaba e impedía en gran medida que las personas afectadas pudieran desarrollar una vida normalizada (Cuadro 1).

Cuadro 1. Cuestiones que indignaban a las personas afectadas	
Ideas destacadas	Aportaciones literales
Aspectos relacionados con la persona afectada	“Que no pueda hacer cosas por mi falta de valentía”.
Aspectos relacionados con la sociedad	“La crueldad de algunas personas”. “Que la gente me rechace sin conocerme”. “Que la gente nos mire como si fuéramos diferentes”. “Que me traten como si tuviera una enfermedad que se contagia y no se acerquen a mí”. “Que haya predisposición a etiquetar”. “Que la gente trate de diferente manera a los que tienen discapacidades”. “La poca comprensión de algunas personas”. “La discriminación”. “Que me sobreprotejan”.
Aspectos relacionados con las instituciones públicas	“La Ley de Dependencia”. “Las barreras arquitectónicas y de acceso”.
Otras cuestiones	“Las barreras arquitectónicas y de acceso”. “Que ocupen las plazas para personas con discapacidad quienes no la tienen”. “La falta de adaptaciones en los lugares públicos”.

Fuente: Asociación Bizkaia Elkartea de Espina Bífida e Hidrocefalia (2012).

A tenor de sus respuestas, lo que más agradecían las personas afectadas era el apoyo recibido por parte de la familia y las amistades (Cuadro 2).

Cuadro 2. Cuestiones que agradecían las personas afectadas	
Ideas destacadas	Aportaciones literales
Aspectos relacionados con el entorno más próximo	“El apoyo de amigos y familia”. “La ayuda”. “La comprensión y ayuda que ofrecen algunas personas”. “Que piensen en mis limitaciones a la hora de planificar actividades”. “Tener algún amigo con el que poder disfrutar”. “El tipo de relación que tengo con amigos y familiares que no me hacen sentir diferente”. “Que en clase me traten igual que a los demás”.
Aspectos relacionados con la asociación	“Que me hayan ayudado a ver la vida de otra manera y de vivirla a mi manera sin que me afecte”.
Aspectos relacionados con la persona afectada	“Aceptarme como soy”.

Fuente: Asociación Bizkaia Elkartea de Espina Bífida e Hidrocefalia (2012).

Lo que les gustaría principalmente era mejorar sus relaciones sociales y que la sociedad les aceptara tal y como son, así como que se eliminasen por completo las barreras arquitectónicas, y poder ser independientes (tener un trabajo, una vivienda).

Cuadro 3. Deseos de las personas afectadas	
Ideas destacadas	Aportaciones literales
Aspectos relacionados con la accesibilidad	“Que mejoraran o no existieran barreras arquitectónicas”. “Más accesibilidad”. “Poder acceder a los establecimientos sin tener que depender de nadie”. “Poder hacer cosas que hacen otros, pero buscando otra manera”.
Aspectos relacionados con la salud	“Preocuparme menos por la salud”. “Seguir teniendo la calidad de vida actual”.
Aspectos relacionados con el empleo y la formación	“Tener un trabajo”. “Tener un empleo”.
Aspectos relacionados con la sociedad y las relaciones sociales	“Que me aceptaran tal y como soy, con todas las consecuencias”. “Me gustaría que la gente pusiera algo de su parte”. “Hacer amistades fuera de ASEBI”. “Seguir manteniendo las amistades actuales”.
Aspectos relacionados con la autonomía	“Acceder a una vivienda”. “Independencia”. “Tener una vivienda”.

Fuente: Asociación Bizkaia Elkarte de Espina Bífida e Hidrocefalia (2012).

Como se ha señalado anteriormente, el grupo de discusión facilitó el establecimiento de una serie de propuestas para la mejora de la situación de las personas afectadas, propuestas que principalmente se dirigían a dos agentes: la Administración y el propio colectivo de personas afectadas por espina bífida.

7. Conclusiones

El estudio realizado por ASEBI constituye un referente en cuanto a la identificación y caracterización de las personas con espina bífida en la Comunidad Autónoma del País Vasco, que ha permitido acercar la realidad del colectivo a la sociedad en general y a los y las profesionales que atienden a estas personas en distintos ámbitos, lo que es de suma importancia para el trabajo que hacemos desde las asociaciones de espina bífida. Hemos de mencionar que hemos podido contar con el testimonio de personas valientes, que, a pesar de tantas dificultades, siguen esforzándose día a día.

La reflexión sobre los resultados del proceso investigador llevó finalmente a la evaluación de propuestas de mejora que las familias y las personas afectadas consideraban prioritarias y que, básicamente, se encaminaban a paliar sus principales preocupaciones (la propia Asociación ha sido objeto de aportaciones concretas para la mejora e incremento de servicios). El conocimiento de la dura realidad cotidiana de las personas afectadas y sus familias nos permitió

identificar las necesidades no cubiertas y las posibles mejoras.

Las propuestas (o demandas) dirigidas a la Administración pivotaban, principalmente, en torno a cinco ejes:

- Garantizar la igualdad de oportunidades y la inclusión del colectivo. Éste era, sin lugar a dudas, el mensaje que querían trasladar a la Administración: “que seamos considerados ciudadanos y ciudadanas de pleno derecho”, como única vía para ver garantizados todos sus derechos, tener “las mismas oportunidades de realizarnos que el resto” de las personas y “no sentirnos excluidos socialmente”.
- Información y sensibilización a la sociedad: se veía prioritario que la Administración no bajara la guardia y dedicara esfuerzos a sensibilizar a la ciudadanía sobre la espina bífida en clave positiva (“ya que no somos una carga”). En este sentido, apuntaban de manera especial a la necesidad de sensibilizar a los y las escolares sobre las discapacidades en general y la espina bífida en particular, en especial en aquellos centros en los que hubiera alumnado con esta enfermedad. Otra cuestión importantísima era informar sobre cómo prevenir la espina bífida, tomando ácido fólico durante las primeras semanas de gestación, ya que es algo muy sencillo y barato.
- Reconocimiento de la espina bífida como enfermedad crónica: ésta era una de las principales reivindicaciones del colectivo de familiares y personas afectadas. Si la espina bífida fuese reconocida como enfermedad crónica, las personas que la padecen podrían optar a una serie de servicios y ayudas a los que ahora no tienen acceso, tales como asistencia médica, prótesis o ayudas técnicas gratuitas, y su situación mejoraría sustancialmente. De esta forma, las familias se verían algo más liberadas de la carga económica que supone la enfermedad.

Demandaban y veían como una necesidad prioritaria la financiación integral de los tratamientos (“se nace y se muere con la misma enfermedad, es crónica”). También había otra petición recurrente: crear un servicio de asesoramiento y acompañamiento integral, multidisciplinar e interdisciplinar, en el que se atendiera a las personas con espina bífida. De esta manera, se reduciría el número de visitas a los diferentes especialistas y se ahorraría tiempo a las familias y afectados, que deben interrumpir sus tareas para acudir a las revisiones de los diferentes especialistas.

Además, se pedía agilizar los trámites burocráticos, hacerlos más sencillos y sobre todo que se resolvieran más rápidamente. También se reclamaban ayudas para el transporte, para independizarse (acceder a una vivienda) y para la inserción laboral, mediante el establecimiento de multas para que se cumpla la Ley de Empleo y mediante ayudas a empresas para la contratación de personas con discapacidad.

- Eliminación de las barreras arquitectónicas: se reclamaba la adaptación de la vía pública, los establecimientos de ocio, los comercios y el transporte público. Como decían algunas personas, “no se trata sólo de que el del autobús baje la rampa, sino de que no pare en medio de un contenedor de basura, o de una papelería, o de un árbol [...] y de que la gente se dé cuenta, de que no lo tengamos que estar pidiendo... y parezcamos unos bordes”.

En cuanto a la adaptación de las viviendas, proponían participar (que se les tuviera en cuenta) en el diseño de las viviendas sociales adaptadas, para garantizar que se amoldan a su discapacidad, y no a la inversa. Sugerían aplicar el diseño universal, de manejar que las viviendas respondieran mejor a sus necesidades de movilidad y no se limitaran únicamente a cumplir los parámetros legales. Ligado a lo anterior, se proponía también participar en el diseño de los planes urbanísticos de las ciudades, de modo y manera que urbanistas pudieran atender sus reclamaciones e incorporarlas en sus proyectos. Asimismo, también sugerían rebajar los requisitos de acceso a las viviendas de protección oficial para que más personas con discapacidad pudieran optar a ellas.

- Flexibilización del sistema educativo: les parecía muy importante y necesario normalizar la discapacidad en el sistema educativo, es decir, que no se viera como algo excepcional en un centro escolar, sino como una posibilidad más, y como tal fuera tenida en cuenta y programada. Para que esto ocurriera, consideraban necesario que la Administración competente mejorara el sistema de adaptaciones curriculares y que se flexibilizaran los sistemas educativo y laboral, de forma que una persona afectada “no tuviera que renunciar a estudiar ni a trabajar”, pues son derechos sociales de todas las personas.

Las familias reconocían abiertamente que, como consecuencia de todas las necesidades y cuidados

que necesitaban sus hijos e hijas, tendían a sobreprotegerlos/as en exceso, por lo que se mostraban de acuerdo en la necesidad de darles más espacio y tiempo. Aseguraban que los miedos, dudas e incertidumbres que sentían obstaculizaban, en muchos casos, la autonomía de los hijos e hijas. Algunas personas hablaban sobre la necesidad de reeducar, en cierta medida, a los padres y madres.

Por parte del colectivo, se identificaron propuestas de mejora relacionadas con las personas afectadas a título particular. Reconocían la necesidad de hacer mucho trabajo personal y de quererse más. En este sentido, mencionaban la importancia de trabajar la autoestima, y de acudir a terapias y grupos de autoayuda.

La propuesta relacionada con ASEBI se centraba en aumentar y diversificar sus actividades, para que la participación de las personas asociadas aumentara y fueran más protagonistas. El trabajo que desarrolla la asociación no se caracteriza por producir efectos inmediatos o éxitos espectaculares. La claridad de objetivos, la persistencia en el tiempo y la atención a la familia, a la vez que a las personas afectadas, hablan de un colectivo con muchas necesidades en todos los ámbitos y con un futuro poco esperanzador.

Destacado lo anterior, la evaluación realizada también alertaba sobre obstáculos a los que se enfrentaba el colectivo, que defendía sus derechos ante la Administración como uno más, pero no incluía su reto personal de ser uno más con el esfuerzo, el trabajo y la implicación, es decir, de gestionar su propia vida con autonomía y empoderamiento, a la vez que reclamaba ayuda institucional.

A pesar de todo lo que se ha avanzado, en ASEBI consideramos que todavía nos queda mucho más por hacer. Este estudio constituye un punto de partida para seguir trabajando por y para que las personas con espina bífida e hidrocefalia consigan la plena inclusión, ser como uno/a más en la sociedad.

Bibliografía

- (2008) *Boletín del ECEMC. Revista de Dismorfología y Epidemiología*, serie V, nº 7 [<http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&id=02/08/2012-656e5d54a9>].
- ASOCIACIÓN BIZKAIA ELKARTEA DE ESPINA BÍFIDA E HIDROCEFALIA (2012): *Estudio diagnóstico sobre la situación, necesidades y demandas de las personas con EBH y sus familias*, Bilbao, Asociación Bizkaia Elkarte Espina Bífida e Hidrocefalia [<http://www.asebi.es/wp-content/uploads/2011/10/Estudio-Diagnostico-Situaci%C3%B3n-y-Demandas-EBH.pdf>].
- ASPAYM MADRID (2002): *Guía práctica para lesionados medulares*, Madrid, ASPAYM Madrid.
- CARRERAS, E. *et al.* (2012): “Tratamiento prenatal del mielomeningocele”, *Diagnóstico Prenatal*, vol. 23, nº 4, págs. 148-153 [<http://dx.doi.org/10.1016/j.diapre.2012.06.006>].
- COMISIÓN EUROPEA (2010): *Estrategia Europea sobre Discapacidad (2010-2020): un compromiso renovado para una Europa sin barreras*, Bruselas, Comisión Europea, COM(2010) 636 final.
- CUXART, A.; e IBORRA, J. (1990): *Espina bífida. Secuelas ortopédicas. Principios y consideraciones generales del tratamiento*, Gerona, Associació Gironina d'Espina Bífida i/o Hidrocefalia.
- DEPARTAMENTO DE ACCIÓN SOCIAL (2010): *Plan para la Participación y Calidad de Vida de las Personas con Discapacidad 2010-2013*, Bilbao, Diputación Foral de Bizkaia.
- EXPÓSITO TIRADO, J. A. *et al.* (2002): “Estudio descriptivo de 128 casos de espina bífida paralítica”, *Rehabilitación*, vol. 36, nº 4, págs. 208-214.
- FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE ASOCIACIONES DE ESPINA BÍFIDA E HIDROCEFALIA (s/d): *Investigación sobre la población afectada por espina bífida e hidrocefalia. Resumen ejecutivo*, Madrid.
- GÓMEZ DE TERREROS, M.; y RODRÍGUEZ FRANCO, L. (1999): “Evaluación psicológica en niños y adolescentes afectados de espina bífida paralítica o mielomeningocele”, en LOZANO OYOLA, J. F.; y GÓMEZ DE TERREROS, M. (eds.), *Avances en Salud Mental Infanto-Juvenil*, Sevilla, Universidad de Sevilla, págs. 151-165.
- IMSERO (2004): *Situación, necesidades y demandas de personas con espina bífida e hidrocefalia. Informe de resultados*, Madrid, Imsero.
- INE (2008): Encuesta de Discapacidades, Autonomía Personal y Dependencia [<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft15/p418&file=inebase&L=0>].
- JIMÉNEZ RODRIGO, A. (1998): *Espina bífida. Aspectos psicológicos*, Madrid, Imsero.
- MARTÍNEZ, S. (1989): “Consideraciones acerca de la espina bífida”, *Espina Bífida i/o Hidrocefalia*, nº 5, págs. 15-16.
- MARTÍNEZ AGULLÓ, E. (1990): *Mielomeningocele: tratamiento urológico*, Madrid, Federación Española de Asociaciones de Espina Bífida e Hidrocefalia.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL (2009): *III Plan de Acción para las Personas con Discapacidad 2009-2012*, Madrid, Ministerio de Sanidad y Política Social.
- OBSERVATORIO DEL TERCER SECTOR DE BIZKAIA (2010): *Libro blanco del tercer sector de Bizkaia / Bizkaiko hirugarren sektorearen liburu zuria*, Bilbao, Observatorio del Tercer Sector de Bizkaia [http://www.3sbizkaia.org/Archivos/Documentos/Enlaces/242_Libro%20Blanco.pdf].
- OLIVER, E.; y AGULLÓ, C. (1994): *Desarrollo y educación de los niños y niñas con espina bífida. II: la escuela infantil*, Madrid, Centro de Desarrollo Curricular.
- ONU (2006): *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y Protocolo Facultativo*, Nueva York, Organización de las Naciones Unidas [<http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-s.pdf>].
- PEIRÓ, J. L.; y ENCINAS, J. L. (2012): “Cirugía fetal del mielomeningocele: de los resultados experimentales a la evidencia clínica”, *Cirugía Pediátrica*, vol. 25, nº 1, págs. 1-3.
- SUÁREZ LLORCA, C. (2003): *Los alumnos con espina bífida en el contexto escolar* [tesis doctoral], Alicante, Universidad de Alicante [<http://hdl.handle.net/10045/9913>].
- TIRAPU, J. *et al.* (2001): *Déficits neuropsicológicos en la hidrocefalia asociada a espinabífida*, APAFEB.
- VV.AA. (2002): *Desde las discapacidades hacia la inclusión. I Congreso Internacional de Discapacidad de Euskadi. XI Congreso Estatal de Espina Bífida e Hidrocefalia*, Bilbao, Asociación Bizkaia Elkarte de Espina Bífida e Hidrocefalia.
- VV.AA. (1983): *II Congreso y Asamblea General Internacional de Espina Bífida e Hidrocefalia*, Donostia-San Sebastián, Fondo de Documentación del SIIS.

Desde la invisibilidad y la precariedad: nuevos horizontes para la colectivización de las trabajadoras de hogar

Angie Larenas Álvarez

<angie_larenas@yahoo.es>

Oihane Garcia

Departamento de Sociología II, Universidad del País Vasco (UPV-EHU)

Josefina Roco

Artikulu honen helburu nagusia da etxeko lanaren irudi orokorra lausotzea etxeko langileen balorazio eta esanguretatik abiatuz. Era berean, euren kolektibotasunerako positiboak diren aukeren espazioak bilatu. Zentzu horretan, sektorearen egungo baldintzen testuingurua luzatu, arautegi berriaren eragina hausnartu eta etxeko lana esanguraz betetzeko espazioak bilatuko ditugu. 2012 eta 2013 urte bitartean burututako *Necesidades y oportunidades de las trabajadoras de hogar de Basauri. Una experiencia de intervención colectiva* ikerketa kualitatiboan du jatorria artikulu honek. Modu kolaboratiboan egindako askoren lana da hau, etxeko lanean emakume-ikustezin-prekario argazkiarekin apurtu nahi du, eta etxeko lanaren etengabeko produkzioa-erreprodukzioa emateko elementuen konplexutasuna agerian uzten du.

GAKO-HITZAK:

Etxeko lana, lan erreproduktiboa, emakumeak, generoa, arautegia, esangura espazioak.

El objetivo principal del artículo es desdibujar la ilustración global del trabajo de hogar a través de las valoraciones y significaciones de las propias trabajadoras, y buscar espacios de oportunidad para trazar rumbos que incidan positivamente en su colectivización. En este sentido, contextualizaremos las condiciones actuales del sector, indagaremos en el impacto de la nueva normativa que lo regula y buscaremos espacios de resignificación del trabajo de hogar. El artículo tiene su origen en la investigación *Necesidades y oportunidades de las trabajadoras de hogar de Basauri. Una experiencia de intervención colectiva*, un estudio cualitativo realizado entre 2012 y 2013. Su objetivo principal fue trazar líneas de actuación conjunta y colaborativa para romper con la foto fija mujeres-invisibilizadas-precarizadas en el trabajo doméstico, y poner en evidencia la complejidad de elementos que posibilitan la constante producción y reproducción del trabajo de hogar en las condiciones en que lo conocemos.

PALABRAS CLAVE:

Trabajo doméstico, trabajo reproductivo, mujeres, género, normativa, espacios de significación.

1. Introducción

El trabajo de hogar se asocia con determinadas características reproductivas asignadas a las mujeres en el marco del sistema patriarcal. Se trata de un trabajo naturalizado, desempeñado tradicionalmente de manera gratuita. Al salir del estrecho marco familiar y convertirse en trabajo remunerado, se produce un *continuum* entre lo pautado por la tradición y la manera en que se percibe, se vive y se reproduce ese trabajo de hogar.

En la actualidad, los avances en materia de igualdad entre mujeres y hombres se han mostrado incapaces de superar la barrera existente entre trabajo productivo y trabajo reproductivo. La importancia de este último es poco debatida y escasamente considerada socialmente, por lo que no es de extrañar que persista una visión esencializada del trabajo de hogar y que se reproduzca como un empleo feminizado, invisible y precario. El pensamiento feminista ha puesto sobre la mesa la realidad de este tipo de trabajo, pero todavía falta mucho por hacer. De ahí que nuestro objetivo se centre en la necesidad de des-dibujar la ilustración global del trabajo de hogar a través de las valoraciones y significaciones de las propias trabajadoras, y buscar, de este modo, espacios de oportunidad para trazar nuevos rumbos que incidan positivamente en su colectivización. Para ello, proponemos la utilización de un enfoque de género, que tiene como centro la comprensión y explicación de la multiplicidad de factores que se interrelacionan para reproducir la desigualdad entre hombres y mujeres.

El presente artículo tiene su origen en la investigación *Necesidades y oportunidades de las trabajadoras de hogar de Basauri. Una experiencia de intervención colectiva* (Roco et al., 2013) realizado junto al Área de Igualdad del Ayuntamiento de Basauri (Bizkaia) entre 2012 y 2013. El fin último de esta investigación era trazar líneas de actuación conjunta y colaborativa para romper con la foto fija mujeres-invisibilizadas-precariadas en el trabajo doméstico, y poner en evidencia la complejidad de elementos que posibilitan la constante producción y reproducción del trabajo de hogar en las condiciones en que lo conocemos.

En la investigación se utilizó una metodología participativa, donde la generación y transferencia del conocimiento fue compartida. En el estudio participaron dieciocho trabajadoras de hogar, con las que se realizaron doce entrevistas en profundidad y un grupo de discusión. Las trabajadoras seleccionadas procedían de distintas zonas del Estado español y de América Latina; algunas de ellas se encontraban en situación administrativa irregular. Se trataba de trabajadoras en régimen externo (tanto con jornadas laborales completas como por horas) o interno, que desempeñaban labores domésticas o de cuidados. Todas contaban con una antigüedad mínima de dos años en el sector.

El artículo consta de cuatro apartados principales. En el primero, contextualizaremos la informalidad,

invisibilidad e infravaloración del trabajo de hogar. Para ello, nos acercaremos a algunas definiciones relevantes para comprender el tema en cuestión, y también nos detendremos brevemente en los retos actuales de la localidad de Basauri en materia de trabajo de hogar. El segundo apartado corresponde a la descripción de la nueva normativa que regula el sector. Indagaremos en el impacto de las regulaciones en las trabajadoras, y en los déficits y desafíos para el trabajo de hogar en el contexto actual de crisis. En el tercer apartado, analizaremos los nuevos espacios de significación que las propias trabajadoras han construido a través de su discurso. En este sentido, destacamos tres elementos: la valoración de aportes y limitaciones del trabajo de hogar, la relevancia de la red de relaciones de las trabajadoras y su participación social. Finalmente, indagaremos en los nuevos rumbos del trabajo de hogar. Para ello, también hemos seleccionado tres puntos centrales: el tránsito de la alta precarización a la mejora mínima de las condiciones de trabajo, de la invisibilidad a la revalorización del trabajo de hogar, y de la individualidad a la colectivización como ruta hacia la culminación de los tránsitos anteriores.

2. Contextualización de la informalidad, invisibilidad e infravaloración del trabajo de hogar

2.1 Algunas definiciones de partida

La Organización Internacional del Trabajo (2011) define el trabajo doméstico como aquel “realizado para, o dentro de, un hogar o varios hogares”. Este trabajo puede incluir tareas como limpiar la casa, cocinar, lavar y planchar la ropa, cuidar de los niños y niñas, las personas enfermas o ancianas de una familia; la jardinería, la vigilancia de la casa, el desempeño como chófer familiar e incluso el cuidado de animales domésticos.

En este sentido, se considera como trabajadora¹ de hogar a toda persona que realiza un trabajo doméstico en el marco de una relación laboral a tiempo completo o a tiempo parcial. Se trata de personas empleadas por uno o por varios empleadores, que residen en la casa donde trabajan (régimen interno) o en su propia residencia (régimen externo). Por su parte, se considera como empleadora a la persona con la que se establece el vínculo contractual y es miembro de la familia para la que se realiza el trabajo, así como a la agencia o empresa intermediaria que emplea a trabajadoras y las ofrece a los hogares.

En el ámbito del Estado español, el Real Decreto 1620/2011, de 14 de noviembre, define la relación especial del servicio del hogar familiar como aquella

¹ Independientemente de que una persona trabajadora de hogar puede ser mujer u hombre, en el presente trabajo utilizamos el término ‘trabajadora de hogar’, porque más del 90 % de las personas empleadas en el sector son mujeres, así como la totalidad de la muestra seleccionada para el estudio.

“que conciertan el titular del mismo como empleador y la trabajadora que, dependientemente y por cuenta de aquél, presta servicios retribuidos en el ámbito del hogar familiar”.

Es importante mencionar que, en el marco de dicha relación especial, ninguno de los tres elementos que intervienen son los clásicos de las relaciones laborales. En primer lugar, el hogar no es el típico ámbito laboral, lo que refiere a las condiciones particulares en las que se efectúa el trabajo doméstico. En segundo lugar, la persona empleadora no es necesariamente empresaria. Finalmente, en ocasiones las trabajadoras de hogar no se sienten trabajadoras al uso, no suelen conocer sus derechos ni cómo defenderlos, y una buena parte de ellas trabaja o ha trabajado en la economía sumergida.

De este modo, para entender las especificidades del empleo de hogar cabe destacar otros elementos fundamentales: la evidente infravaloración e invisibilidad de las trabajadoras, estrechamente ligada a la desvalorización social de las tareas domésticas que suelen recaer sobre las mujeres en el ámbito doméstico reproductivo; y la alta feminización del sector (Carrasco *et al.*, 2011).

2.2 El trabajo de hogar en el sistema de reproducción social

Pero, ¿por qué estas especificidades del sector? En un marco de análisis más amplio, se constata que, históricamente, en el sistema capitalista se ha separado el trabajo productivo del reproductivo, invisibilizando al segundo y reduciéndolo a la esfera doméstica. El pensamiento económico contribuyó de manera decisiva a su desvalorización, al asociar progresivamente el trabajo al mercado y al salario.

El trabajo de hogar remunerado remite en la actualidad a dos realidades laborales. Incorpora, por una parte, las tareas de reproducción y provisión de los bienes materiales para el mantenimiento físico de las personas (como la alimentación, la higiene, la salud); y, por otro, las tareas de cuidados directos de personas en situación de dependencia (menores, tercera edad, necesidades especiales). Aunque no siempre se reconoce como tal, el trabajo de hogar resulta, en su conjunto, necesario y central para el mantenimiento de la buena vida (Pérez Orozco, 2006).

Sobre la esencialización y subvaloración de las tareas domésticas y de cuidados, el pensamiento feminista plantea que el trabajo de cuidados trasciende la frontera del espacio no monetizado. Subraya que, al evidenciarse la fragilidad de los límites entre lo público y lo privado, la economía de cuidados constituye un aspecto relevante de la reproducción social y, por lo tanto, resulta necesario re-organizar la manera en que la sociedad la enfoca.

Siguiendo a Carmen Gregorio Gil (2010: 102), no deberíamos analizar esta cuestión al margen de las

relaciones históricas y económico-políticas de producción, ni de las dimensiones subjetivas e identitarias. Por ello, la autora plantea la necesidad de politizar estas tareas, sacándolas del espacio del hogar y de su asociación con lo femenino, para situarlas en el centro de procesos políticos e históricos. En efecto, las feministas destacan que lo que permanece oculto no es tanto el trabajo doméstico y de cuidados, sino la relación que mantiene con el sistema de producción capitalista. La invisibilidad del nexo entre ambas esferas produce ‘rentabilidad’, facilitada por el desplazamiento de costes de reproducción de la fuerza de trabajo hacia la esfera doméstica, y en concreto, hacia las mujeres.

Actualmente existe una crisis en el sector de los cuidados, que demuestra que los arreglos en este sentido son insatisfactorios, insuficientes, precarios y no libremente elegidos (Pérez Orozco, 2012). Esta situación ha puesto de manifiesto que la oferta de cuidados de las mujeres no es lo infinita que parecía ser. La escasez crónica de servicios públicos y el desarrollo insuficiente del sector privado en el Estado español han propiciado que la demanda de servicios de cuidados se haya expandido con fuerza en las últimas décadas. De ahí que un gran número de mujeres migrantes haya acudido a colmar esta grieta, reemplazando el trabajo no remunerado que, incluso hoy, recae de modo desproporcionado sobre las mujeres. Se ha venido desarrollando un nuevo modelo de cuidados, barato y flexible, basado en la inmigración (Bettio *et al.*, 2011).

Según las cifras oficiales de septiembre de 2012 de la Seguridad Social, en el servicio de hogar familiar se contabilizaban 388.245 personas empleadas en todo el Estado español, mientras que en la CAPV el número de altas ascendía a más de 24.400. Cabe destacar que si a tales cifras incorporamos las elevadas proporciones de economía sumergida del sector, estos datos oficiales podrían triplicarse.

Para conocer las condiciones del empleo doméstico en la CAPV, resulta de interés detenernos en el estudio sobre el trabajo de hogar presentado en 2011 por el Gobierno Vasco (Departamento de Empleo y Asuntos Sociales, 2011). Como datos orientativos, podemos indicar que el 82,8 % de las trabajadoras encuestadas en él se insertaron en el sector a través de personas conocidas y de manera informal. El 25,9 % de las trabajadoras estaban empleadas en más de un hogar y el 80,4 % no cotizaban a la Seguridad Social, es decir, en el momento de la investigación 71.896 empleadas de hogar se encontraban trabajando en la economía sumergida. Cabe destacar que el estudio fue realizado antes de la puesta en marcha de la nueva normativa que regula el sector, por lo que algunas de estas cifras podrían ser distintas en la actualidad.

3. El trabajo de hogar hoy: déficits y desafíos

3.1 Nueva normativa

Las condiciones particulares en que se efectúa el trabajo doméstico se combinan, por una parte, con un marco de protecciones y derechos laborales aún deficitario –en relación con otros sectores– y, por otra, con importantes niveles de informalidad –que históricamente han caracterizado al sector (Carrasco *et al.*, 2011)–. Las relaciones laborales se desarrollan en el ámbito privado, sin convenios ni representación sindical. Las negociaciones y acuerdos se realizan entre cada trabajadora y la persona empleadora, basándose en unos criterios mínimos y en información que la mayoría de las veces circula por canales informales.

En el Estado español, desde 2012 se ha comenzado a implementar una nueva normativa reguladora del sector, que incorpora nuevas condiciones y algunos avances. El Real Decreto 1620/2011 forma parte de esta nueva normativa y regula el ámbito de las condiciones laborales, mientras que la Ley 27/2011 lo hace normalizando el ámbito de la Seguridad Social. Ambas comenzaron a aplicarse en enero de 2012².

El Cuadro 1 muestra el cambio en las condiciones laborales que implica la aplicación del Real Decreto 1620/2011. Del mismo modo, el Cuadro 2 compara la Ley 27/2011, sobre incorporación al Régimen General de Seguridad Social, y el Decreto 2346 de 1969, al cual sustituye.

A pesar de la nueva normativa y del salto positivo que implica, buena parte de las condiciones generales anteriores continúan hasta la actualidad, sin mejoras reales. Persisten extensas jornadas de trabajo, descansos mínimos y poco respetados, salarios por debajo de las horas reales trabajadas, y altas en la Seguridad Social que no se cumplen.

Tanto la nueva normativa como la situación de crisis actual inciden de múltiples maneras en el modo en que se configuran las realidades concretas de las mujeres que participaron en este estudio. Así, cómo incorporar algunos de los beneficios de la nueva normativa para que la crisis afecte lo menos posible su situación particular representa un elemento que estructura el discurso de las trabajadoras de manera explícita e implícita.

Cuadro 1. Comparativa entre el Real Decreto 1620/2011 y el Real Decreto 1424/1985		
	Ahora (RD 1620/2011)	Antes (RD 1424/1985)
Contrato	Obligatorio, por escrito.	Tanto escrito como verbal.
Periodo de prueba	2 meses.	15 días.
Nómina o recibo	Por escrito.	
Retribución	SMI en cómputo anual (14 pagas).	Sin SMI en cómputo anual (13 pagas).
Salario en especie	Descuento de hasta un 30 %. Se garantiza el SMI en mano.	Descuento de hasta un 45 %. Sin garantizar el SMI en mano.
Tiempo de presencia	Máximo de 20 horas por semana. Se deben retribuir como horas de trabajo.	Se reconocía, pero sin máximos ni retribución.
Descanso semanal	Derecho a 36 horas consecutivas.	Derecho a 24 horas consecutivas y 12 horas a distribuir.
Despido	Indemnización de 20 días por año trabajado, con límite de 12 mensualidades.	
Desestimiento	Notificación escrita e indemnización de 12 días por año, con límite de 6 mensualidades.	Indemnización de 7 días por año trabajado.

SMI: salario mínimo interprofesional.

Fuente: Elaboración propia a partir del Real Decreto 1620/2011 y el Real Decreto 1424/1985.

Cuadro 2. Comparativa entre la Ley 27/2011 y el Decreto 2346/1969		
	Ahora (Ley 27/2011)	Antes (Decreto 2346/1969)
Alta en la Seguridad Social	Derecho a cotizar desde la primera hora. El empleador tiene que dar el alta.	Derecho a cotizar con 20 horas o más, y trabajando sólo en una casa. Si trabajaba en más de una, se podía dar de alta ella misma como trabajadora discontinua.
Cotización	Por tramos, en función del salario.	Cuota fija, independiente del salario.
Baja por accidente	Se cobra el 75 % de la base diaria de cotización, desde el día siguiente.	No se reconocía.
Baja por enfermedad	Se cobra a partir del 4º día.	Se cobra a partir del 29º día.

Fuente: Elaboración propia a partir de la Ley 27/2011 y el Decreto 2346/1969.

² Antes de que hubiese transcurrido un año de la puesta en práctica de la nueva normativa, el Gobierno central realizó las primeras modificaciones, que entraron en vigor en abril de 2013.

Se han incorporado algunos derechos que plantean nuevas situaciones y posibilidades para este sector históricamente sumergido y precario. A partir de este escenario, las trabajadoras de hogar, gracias a un uso correcto de la información necesaria sobre sus derechos, pueden contar con más herramientas para decidir cuándo y cómo exigir y replantear sus condiciones laborales.

Sin embargo, la situación económica actual permea la realidad concreta de las trabajadoras y de las familias empleadoras. Los despidos, las rebajas de condiciones laborales, los recortes de prestaciones han repercutido en este sector. Es así cómo, a lo largo de sus diversos relatos, se ha podido ver que ambas cuestiones, crisis y normativa, se entremezclan de modo que resulta complejo disociarlas para determinar su impacto de manera aislada. Tomando esto en consideración, a continuación se apuntan algunas cuestiones vinculadas a elementos que condicionan el mundo del trabajo de hogar.

3.2. Impactos y transiciones

Después de más de veinticinco años sin modificaciones sustanciales en la normativa reguladora del sector del trabajo de hogar, la incidencia de los cambios introducidos a partir de enero de 2012 ha sido dispar.

Varias trabajadoras³ señalan que el proceso de transición e incorporación al nuevo régimen ha sido muy burocrático (modelos de contrato complejos, formularios difíciles de entender para ellas y para los empleadores), y que la responsabilidad ha recaído mayormente sobre ellas. Comentan que en la Seguridad Social, salvo en casos puntuales, no se les ha facilitado ni la información ni la orientación correcta sobre cómo realizar los trámites.

Por un lado, entre las trabajadoras con jornadas ordinarias nos encontramos con mujeres que, en sus testimonios, plantean que su situación laboral no ha variado considerablemente. Muchas han visto incumplidas las expectativas generadas por la nueva normativa. Las trabajadoras externas por horas que no cumplían con el mínimo de horas trabajadas (requerido por la normativa anterior) para poder cotizar y no se habían dado de alta porque valoraban que no merecía la pena económicamente (porque la cuota única les resultaba muy cara en función de sus salarios/horas trabajadas), o bien se encontraban dadas de alta bajo la figura de trabajadora discontinua, sí se han beneficiado nuevas posibilidades gracias a las modificaciones introducidas.

Por otro lado, a pesar de reconocer nuevos derechos, muchas trabajadoras se han visto perjudicadas por cambios que perciben como nada positivos o algo negativos. Un ejemplo es el descuento de su salario de más de lo que les corresponde pagar a la Seguridad Social, incluso del 50 % o de la cuota íntegra.

Como tendencia general, se destaca la renegociación de condiciones laborales con tendencia a la baja. Hemos apreciado una reducción de carga horaria, sobre todo para las externas, lo que ha redundado en una reducción de salarios. Pero las trabajadoras enfatizan que este hecho no ha significado la disminución de tareas ni de responsabilidades.

Las pagas extraordinarias también se han convertido en una cuestión conflictiva. Con la nueva ley, se pasa de exigir el salario mínimo interprofesional (SMI) en trece mensualidades a hacerlo en catorce. Ante esto, como era de prever, muchas trabajadoras comprendieron que les correspondía cobrar pagas completas. Pero en la práctica, aunque se hubiese pactado pagas extras aparte, muchos empleadores han excusado el pago 'prorrrateado' en el salario mensual percibido por las trabajadoras, cumpliendo con el SMI en cómputo anual que la ley exige. Así, algunas trabajadoras no cobran las pagas extras aparte, pero con la paradoja de que el salario mensual continúa siendo el mismo que antes, o incluso menor, porque se le ha aplicado el descuento de la cuota de la Seguridad Social.

El Gobierno que impulsó la reforma planteó que la nueva normativa serviría para sacar de la economía sumergida a las trabajadoras de hogar. Sin embargo, se ha visto que, para mantener el dinero que solían ingresar, algunas han tenido que buscar más empleo por horas, pero sin darse de alta en la Seguridad Social, al no resultarles rentable.

Entre las internas, se observan tres tendencias: mantenerse en la economía sumergida, darse de alta en la Seguridad Social en un rango salarial distinto al que les corresponde, o darse de alta en un tramo inferior al que aportaban con la anterior cuota única. En ciertos casos, la trabajadora acepta no declarar el salario real para encuadrarse en un tramo salarial menor y, de esa manera, pagar cuotas inferiores de la Seguridad Social (aunque luego se pague la diferencia 'en b'), lo que implica contar cada mes con un poco más de dinero en mano. De este modo, los contratos no reflejan las condiciones reales en que se realiza el trabajo.

Para las trabajadoras internas, persisten las jornadas laborales de 60 horas semanales y más. Con los descuentos por prestaciones en especie, continúan cobrando por debajo del SMI en función de las horas trabajadas. La jornada nocturna ha quedado sin determinar, ni en cuanto al horario ni en cuanto al precio que debe corresponderle. Y peor aún, con las deducciones por alojamiento no se reconoce el trabajo nocturno, sino que además a las trabajadoras se les descuenta dinero por pernoctar.

En sentido general, en el testimonio de las trabajadoras se percibe cierto desconocimiento ante la nueva normativa. De primera mano, les cuesta identificar su impacto, pero cuando se les pregunta por el contrato, la Seguridad Social o las bajas por enfermedad, identifican a qué nos estamos refiriendo. Por otra parte, sigue sin reconocerse el derecho al paro y las bases de cotización son las más bajas del sistema. La pres-

³ La mayoría de las trabajadoras de hogar entrevistadas tienen una experiencia dilatada en el sector.

tación por desempleo es uno de los elementos más reiterados en el discurso de las trabajadoras cuando se trata de valorar su lugar dentro del mundo del trabajo. Se reconocen como trabajadoras de segunda y reivindican la necesidad de igualar sus derechos a los del resto de trabajadoras/es.

3.3 Estableciendo valoraciones

Siguiendo los relatos de las trabajadoras de hogar consultadas, resulta difícil valorar de manera homogénea la situación actual del sector. Existen dinámicos que no permiten cerrar balances ni realizar estimaciones rígidas, pues las oscilaciones se producen incluso a lo largo del recorrido de cada trabajadora. La crisis y los cambios trastocan aún más sus realidades y sus representaciones como mujeres-trabajadoras.

Como mencionábamos antes, cuando se les preguntaba por su valoración ante la situación actual y los impactos de la nueva normativa, el elemento más destacado ha sido la falta de reconocimiento del derecho a un seguro de desempleo como uno de los grandes temas pendientes. Éste es un elemento sintomático que les recuerda que sus condiciones de trabajo –aún hoy– siguen siendo desventajosas en comparación con otros sectores laborales. Es importante destacar que lo individualizado de este trabajo, la inexistencia de convenios colectivos y la falta de agrupación o sindicalización por parte de las trabajadoras no contribuyen a la difusión de la información necesaria, ni a la orientación en torno a la defensa de sus derechos laborales.

A escala estatal, la mejora de las condiciones del sector aún no parece estar en la agenda del Gobierno, sino más bien lo contrario. Si la normativa que entró en vigor en 2012, como elemento positivo, obligaba a quienes emplean a dar de alta a las trabajadoras en la Seguridad Social, independientemente de la extensión de sus jornadas, la nueva reforma aplicada en abril de 2013 ha significado un retroceso en términos de derechos, pues ya reconoce tal obligatoriedad para empleadores cuyas trabajadoras no superen las 60 horas de trabajo mensuales.

Además, es fácil observar que la infravaloración de estos empleos y la desprotección de las condiciones laborales y de Seguridad Social de las trabajadoras se correlacionan, a su vez, con la falta de seguimiento, de inspecciones y de sanciones en caso de incumplimientos o faltas graves contra sus derechos laborales por parte de las instituciones, de la Inspección del Trabajo y de los Gobiernos. Las trabajadoras han destacado que es de vital importancia avanzar con medidas concretas, si es que realmente se quiere mejorar las condiciones del sector.

La crisis actual no ha hecho más que agravar la situación. Su impacto constituye un factor desfavorable para el posicionamiento de las trabajadoras ante la renegociación de sus condiciones laborales. El temor a perder el trabajo inmoviliza al sector, sobre todo a las trabaja-

doras con familiares que dependen económicamente de ellas. Los efectos de la crisis sobre la economía familiar, además, acrecientan la rivalidad entre las propias trabajadoras. Esta rivalidad es más evidente entre trabajadoras migrantes de reciente llegada, aunque también puede percibirse entre autóctonas y migradas.

Por otra parte, la crisis de cuidados en los países enriquecidos tiene un efecto directo sobre las familias en los países empobrecidos. De este modo, teniendo en cuenta que la mayoría de las trabajadoras que colaboraron con el estudio y que realizaban labores de cuidados son migradas, es relevante destacar las rupturas familiares que se producen y la emergencia de dinámicas alternativas de reconfiguración de los lazos y roles familiares. La creación de redes y relaciones de tipo transnacional es una manera de mantener la unión familiar.

4. Nuevos espacios de significación del trabajo de hogar

Los nuevos espacios de significación son aquellas construcciones de significado que redimensionan la visión estereotipada del trabajo de hogar y que catalogan a las trabajadoras como precarias e invisibles. Hemos querido indagar en tres factores que consideramos relevantes como espacios de resignificación del trabajo de hogar: a) las limitaciones y aportes del trabajo de hogar; b) la red de relaciones; y c) la participación social de las trabajadoras. El primero se relaciona con la visión que las trabajadoras tienen sobre la labor que desempeñan, mientras que el segundo y el tercero se vinculan a su entorno cotidiano. Se trata, en el fondo, de apreciaciones y relaciones que, aunque pudieran parecer disociadas, se encuentran interrelacionadas. Son espacios simbólicos que las propias trabajadoras generan desde su discurso, espacios relevantes para una construcción alternativa a la visión estereotipada del trabajo de hogar y para el desarrollo de acciones de intervención en el sector.

4.1. Aportes y limitaciones del trabajo de hogar

Cuando se trata de valorar los aportes del trabajo de hogar, el elemento más reiterado es la independencia económica. La posibilidad de ganar esa independencia y de convertirse en el sustento de sus familias, o en parte de él, otorga un estatus importante a las mujeres como sostenedoras económicas. Esta valoración positiva se contrapone con determinadas construcciones de género que persisten dentro del sector. Un ejemplo es el caso de aquellas trabajadoras que sienten que su inserción en el mundo laboral implica un fracaso en el mundo familiar, especialmente relacionado con el cuidado de hijas e hijos. Cuando la trabajadora se siente ausente del hogar, se agudiza la sensación de abandono.

En este sentido, los prejuicios y los estereotipos de género influyen sobre la lógica distributiva de la divi-

sión sexual del trabajo. Así como existen determinados tipos de empleo ‘propios de mujeres’ y ‘propios de hombres’, el hecho de participar del mercado laboral se vive de manera diferenciada según el sexo. Por esta razón, la carga emotiva con la que una trabajadora de hogar madre se inserta en el mundo laboral va a estar mediada por las representaciones sociales que la relacionan con las tareas de cuidado y el trabajo reproductivo en general, pero en particular dentro de su marco familiar.

Por otra parte, las trabajadoras opinan que no hay una correlación entre la responsabilidad que implican las labores que desempeñan, el trabajo que conllevan y los beneficios que se reciben a cambio. No hay una retribución social justa, sobre todo –y con esto son enfáticas– porque no hay prestación por desempleo y el suyo es un trabajo mal valorado socialmente.

Esta valoración puede verse reforzada por una percepción personal y social negativa que tiene que ver con la falta de reconocimiento, las burlas, la discriminación y el mal trato por parte de la sociedad, o de las personas empleadoras, además de por una autoestima baja, el sentimiento de deshonra y la desmotivación creciente. El discurso que desvaloriza el trabajo de hogar sostiene, en definitiva, que cualquier otro trabajo podría ser mejor. Sin embargo, no todas las trabajadoras estarían dispuestas a cambiar de empleo. La autonomía a la hora de organizar su agenda laboral y la tranquilidad con que pueden realizar sus tareas son dos elementos muy valorados y que consideran difíciles de encontrar en otros sectores del mundo del trabajo.

Es relevante destacar que, a pesar de la indefinición de las tareas y de la multiplicidad de funciones que realizan, las trabajadoras destacan su capacidad para aprender y mejorar. Las que realizan tareas de cuidados subrayan, además, la importancia de trabajar con personas dependientes, por la responsabilidad que ello conlleva. Así, cuando se es cuidadora con formación se reconoce el valor añadido por las capacidades aprendidas. También la relación afectiva que se establece con la(s) persona(s) cuidada(s) puede considerarse como un aporte del trabajo de hogar.

No obstante, la calidad de la relación que se establece con las persona(s) cuidada(s) se puede convertir en una limitación cuando el vínculo no es igual de horizontal con los empleadores. Una mala relación con éstos dificulta el desempeño laboral aun cuando los lazos afectivos con las personas cuidadas sean sólidos.

La valoración de aportes y limitaciones es una manera de resignificar el trabajo de hogar y generar un discurso que enfatiza el valor del trabajo y lo equipara al resto de sectores del ámbito laboral. El trabajo de hogar es un trabajo digno y, en palabras de las trabajadoras, “como otro cualquiera”; el trato a las trabajadoras de hogar, en consecuencia, debería ser el mismo que el dispensado a quienes trabajan en otros sectores laborales.

4.2. Red de relaciones

Un segundo factor de interés como espacio de resignificación lo constituye el entorno de las trabajadoras de hogar. Las trabajadoras que participaron en el estudio tienen y han tenido una extensa red de relaciones comunitarias, familiares y de amistades integrada casi en exclusiva por mujeres. La extensión y dinamismo de la red choca con la caracterización de cerrazón del trabajo doméstico.

Sin embargo, no se puede perder de vista que la red es ágil y que, en la búsqueda de empleo, en muchos casos, todo va muy rápido: te llaman, vas y al día siguiente ya estás trabajando en una casa y con una familia que acabas de conocer. Dadas las condiciones de por sí precarias del sector, la rapidez que caracteriza la red puede influir negativamente en las relaciones y condiciones laborales, por ejemplo, al no definir desde el principio las cuestiones relativas al desempeño laboral (contrato escrito, días de descanso y vacaciones).

Las redes son beneficiosas en el sentido de servir de apoyo en la búsqueda de empleo, de un lugar donde residir o de información sobre derechos, por ejemplo. Pero también se pueden desarrollar con el hermetismo de una comunidad cerrada. En este último caso, dificultan la movilidad de las trabajadoras hacia otros sectores laborales y el contacto con otras redes.

Hemos identificado dos perfiles que son más vulnerables a esta perversión de la red de relaciones: las trabajadoras de hogar migrantes de reciente llegada y las trabajadoras en régimen interno. Ambos se caracterizan por las dificultades de generar capital sociorrelacional propio. A su vez, en ambos cabe preguntarse sobre el mantenimiento y la función de las redes de relaciones. Si en un primer momento resultan indispensables para aportar la información y orientación necesaria en la búsqueda de empleo, parece que las redes se relajan, se difuminan o se desintegran una vez conseguido el trabajo.

Lo que pretendemos destacar es que las redes son diversas, se dibujan y desdibujan en dependencia de las necesidades y de la situación coyuntural de las trabajadoras. A pesar de no ser ni lineales ni persistentes en el tiempo, constituyen un importante espacio de interacción social. Pero más allá de esas redes informales, existen espacios sociales organizados y establecidos que también actúan como ámbitos de interacción para las trabajadoras. Estos espacios están estrechamente vinculados a las redes.

4.3. La participación social de las trabajadoras de hogar

Las trabajadoras de hogar que colaboraron con el estudio creen que la participación es importante para aumentar sus conocimientos sobre derechos, sobre la realidad que las rodea: “para estar más atentas”. La participación, en el fondo, es una fuente de empo-

deramiento para el sector. Nos referimos a la participación en un sentido amplio: como gestoras, socias o dinamizadoras, pero también como consumidoras de las distintas ofertas de las organizaciones.

La valoración que las trabajadoras realizan sobre las organizaciones es positiva, porque constituyen un espacio de solidaridad y un espacio para la formación y la superación. Aunque no se participe activamente de sus ofertas, son un ámbito de interacción social especialmente bien valorado por las trabajadoras de hogar migradas internas, cuyas redes parecen ser más reducidas.

La participación social se puede analizar como parte de la conciliación entre trabajo y vida personal. Este tipo de participación depende, en buena medida, de la amplitud de la jornada laboral. Para las trabajadoras internas, lograr este tipo de conciliación es más difícil, mientras que para las externas, habitualmente, no es problemático. No obstante, en general se percibe el interés por este tipo de conciliación, así como la importancia para su desarrollo individual.

Al indagar en la relación entre las trabajadoras de hogar y las asociaciones de mujeres, encontramos que nuestras colaboradoras conocen la labor de estos grupos cuando han participado en ellos. Sin embargo, este conocimiento suele quedar restringido a las propuestas de las asociaciones en el ámbito de la formación y de la oferta de ocio. No se trata de una implicación o un activismo sistemático, sino de participaciones puntuales relacionadas con cursos, baile o gimnasia. En muchos casos, incluso el hecho de acudir al espacio de una asociación, aunque sea de manera esporádica e informal, es un elemento positivo para la interacción social.

Cuando se trata de organizaciones distintas de las asociaciones, las referencias han sido principalmente hacia los espacios de la iglesia católica, con una mención especial a Cáritas. La relación con Cáritas se da en cuatro sentidos esenciales: a) el voluntariado de forma continuada o esporádica (por ejemplo, echando una mano en la organización de una fiesta); b) la participación en cursos, algunos de ellos exclusivamente para mujeres; c) la solicitud de ayuda social; y d) las demandas relacionadas con el empleo. No obstante, la iglesia católica también ofrece otros espacios relevantes de participación social, como grupos de encuentro, en los que algunas trabajadoras de hogar han participado como gestoras y dinamizadoras.

Por otro lado, independientemente del lugar preponderante que tiene la iglesia católica como oferta religiosa en la CAPV, consideramos que también es importante mencionar la existencia de ámbitos de participación de distintas corrientes protestantes que han ido ganando espacio, sobre todo en la última década (Rodríguez Fernández y Uriarte, 2010: 99). Se trata de una oferta religiosa que se ha caracterizado, sobre todo, por acoger a la población migrante latinoamericana y africana.

Cuando nos referimos a la participación en las organizaciones de las iglesias, no existe una diferenciación relevante en cuanto a trabajadoras externas o internas. Pero sí es significativo el hecho de que las experiencias relacionadas con la solicitud de ayudas o de inscripción en la bolsa de empleo, por lo general, son referidas por mujeres migradas. También resulta interesante señalar la importancia de las redes que se tejen dentro de las instituciones religiosas, por lo significativas que son para la vida de las personas. Estamos hablando de redes que reproducen y fortalecen construcciones de sentido atravesadas por el elemento religioso, las cuales condicionan la manera en que estas mujeres se enfrentan al mundo en general, e incluso al mundo del trabajo.

Dentro del ámbito de la participación, también hemos querido indagar en la relación de las trabajadoras con los sindicatos. Sin embargo, es difícil obtener una valoración de la labor de los sindicatos y su actividad en el ámbito del trabajo de hogar, porque es una opción organizativa que no se suele contemplar en un trabajo tan individualizado como el empleo doméstico. La mayoría de las trabajadoras que han participado del estudio ni siquiera se habían planteado acercarse a un sindicato.

No obstante, en el grupo de discusión sí emergió el debate sobre la creación de un grupo que implique la participación de las trabajadoras y su compromiso, grupo que podría tomar la forma de un sindicato. Al preguntar sobre por qué no existe un sindicato del gremio, las integrantes del grupo de discusión apuntaron a una falta de voluntad inicial y al miedo a la participación. En este sentido, piensan en el perfil concreto de una persona “de aquí” que conozca el entorno y que ‘encienda la chispa’ de la participación sindical.

La cuestión del miedo no es menor, pues históricamente ha sido un importante elemento de coacción para la organización de los trabajadores y trabajadoras, la manifestación de sus peticiones y para la exigencia de sus derechos. Por lo tanto, consideramos que es un elemento en el que es preciso trabajar. Un paso podría ser el establecimiento de redes de comunicación entre trabajadoras de hogar migradas y trabajadoras de hogar nacidas en el Estado español.

Finalmente, es importante mencionar que la localidad de Basauri cuenta con una Casa de las Mujeres, Marienea, pionera en su campo, que está integrada por el Área de Igualdad del Ayuntamiento y el Centro de Información de la Mujer, y en la que participan activamente distintas asociaciones. Pero a pesar de la relevancia del trabajo que se realiza en Marienea, en general hay un desconocimiento de su labor por parte de las trabajadoras de hogar.

Marienea constituye un lugar de interés para la creación de ámbitos o acciones de apoyo al colectivo de trabajadoras de hogar. De ahí que sea importante la valoración que las trabajadoras tengan de la Casa de las Mujeres, independientemente de que no conozcan en profundidad el trabajo que allí se realiza.

Según sus opiniones, Marienea les podría ofrecer, sobre todo, espacios de ocio y para la interacción social. En cuanto a este último punto, las mujeres participantes en el estudio subrayan la necesidad de que las propias trabajadoras salgan a buscar y crear esos espacios. En el fondo, se trata de lugares donde ejercer el libre derecho a expresarse, donde ser escuchadas, donde aprender y conocer en el compartir.

5. Nuevos rumbos

5.1. Hacia la mejora mínima de las condiciones laborales y la garantía plena de derechos

Las vías para mejorar la situación de las trabajadoras de hogar, en lo personal y en lo colectivo, están en estrecha relación con las representaciones del trabajo y con las proyecciones de futuro de las entrevistadas. La mejora de sus condiciones generales se confunde automáticamente con la mejora de las condiciones laborales, descuidando otros muchos ámbitos que les afectan y sobre los que es preciso actuar. Aunque plantarse ante el futuro y formular propuestas concretas no suele ser una tarea sencilla, en el plano estrictamente laboral los cambios que se plantean son claros y se enumeran contundentemente.

Garantizar las mínimas condiciones laborales en el sector, es decir, mejorar las condiciones de trabajo y equipararlas a las de otros sectores productivos, forma parte de esas tareas inmediatas: asegurar el derecho al paro, a cotizar en la Seguridad Social, a las bajas, las vacaciones y a los días de descanso; permitir la conciliación familiar y personal; cumplir con la declaración de la renta; incrementar el salario (estableciendo mínimos salariales y un sistema de proporcionalidad si se trata de trabajo por horas); así como disponer de nóminas cumplimentadas para poder percibir también otros servicios.

Tomando en cuenta la diversidad del sector del empleo doméstico y de cuidados, hay otras propuestas específicas, dependiendo de las condiciones laborales, del régimen de trabajo o de las tareas que realizan: entre las trabajadoras externas y con pocas horas de trabajo, la proporcionalidad en el salario; entre las migrantes internas que no tienen a dónde ir fuera del ámbito de trabajo, lugares de esparcimiento y descanso. Cabe también mencionar la necesidad de normativizar la relación con las personas empleadoras. En estas reivindicaciones a “los jefes”, se entrevé la identidad de las trabajadoras como colectivo.

5.2. Hacia la revalorización del trabajo doméstico en el plano social, institucional y jurídico

Otra cuestión que no se plantea abiertamente, pero que de forma latente transmiten las trabajadoras entrevistadas, es la falta de reconocimiento de las múltiples tareas que realizan y de lo necesario de su trabajo. Este reconocimiento no se ciñe al respeto

que exigen por parte de quien las emplea en el espacio doméstico: el reconocimiento y la valorización se tiene que dar en todos los ámbitos y con todas las agencias y agentes; en lo social, en lo institucional y en lo jurídico.

Concretamente, las trabajadoras de hogar entrevistadas señalan dos acciones encaminadas a la normativizar las relaciones entre empleadores y empleadas. La primera consiste en activar mecanismos de presión sobre las personas empleadoras, especialmente en el plano jurídico, a fin de forzar el cumplimiento de las normas. Otra acción, no muy alejada de la anterior, consiste en proporcionarles mayor información sobre el trabajo doméstico y de cuidados, para generar sensibilización y concienciar.

Con respecto a las autovaloraciones de las trabajadoras y a sus valoraciones sobre el trabajo de hogar, consideramos central lograr una sensibilización de la sociedad con respecto al trabajo reproductivo. Las trabajadoras de hogar cubren las grietas de un sistema social que se apoya en las mujeres para cubrir las necesidades reproductivas. Las grietas se agrandan en un período en el que las necesidades de cuidado son mayores que nunca y cada vez más mujeres aspiran a un trabajo remunerado. Por ello, remarcamos la necesidad de poner sobre la mesa la existencia de esas grietas y la realidad de aquellas mujeres precarizadas e infravaloradas que, silenciosamente, se han ocupado de minimizar sus efectos sobre la sociedad.

Podemos concluir que, en general, se considera que el trabajo de hogar está infravalorado. No obstante, se aprecia un cambio en la manera en que es percibido socialmente. Al preguntarles sobre este tema, las trabajadoras se debaten entre unas y otras posiciones. El discurso es ambiguo en ocasiones, incluso una sola trabajadora puede sostener valoraciones contrapuestas, pero en general la tendencia va en el sentido de percibir esa transformación.

5.3. Hacia la colectivización

Tal y como hemos señalado, una de las características más importantes del trabajo de hogar es la paradoja entre la individualidad y la autonomía. Para muchas trabajadoras, es fundamental poner en marcha mecanismos de colectivización, esto es, formar un grupo, juntarse, hablar, (re)conocerse. En este sentido, teniendo en cuenta la sensación de encierro que viven algunas, la colectivización se presenta como una necesidad personal y grupal.

Los espacios de encuentro y (re)conocimiento que las propias trabajadoras demandan de forma unánime deben promover la ruptura de tabúes y la deconstrucción colectiva de prejuicios. Todo ello ayudaría a neutralizar la rivalidad que muchas detectan en el sector. Se trata de una competencia que se traduce en actitudes reservadas, de desconfianza o egoísmo por parte de unas trabajadoras hacia otras. La crisis parece

haber agudizado estas percepciones y actitudes. Así, es necesario fomentar espacios de interacción entre las trabajadoras y prestar especial atención a los tiempos y a los ritmos de aquellas mujeres cuyas condiciones laborales dificultan la conciliación y la colectivización.

El recorrido de las trabajadoras suele ser sinuoso, pero en el camino, ellas mismas van siendo conscientes de lo importante de la colectivización. Aunque les cuesta, reconocen elementos que comparten con otras más allá de su individualidad. Pero esto, cabe recordar, implica a todos y todas (en diferentes ámbitos y con recursos variados), porque el trabajo reproductivo, imprescindible para una buena vida, es responsabilidad social y colectiva, y merece y requiere ser reorganizado.

6. Consideraciones finales

El trabajo de hogar es un tipo de empleo caracterizado por la feminización, la precariedad y la invisibilidad. Las condiciones de trabajo individualizadas, la atomización y soledad en el lugar de trabajo, unidas al tipo de tareas que se realiza, han provocado que la capacidad de negociación de las trabajadoras de sus condiciones de trabajo sean limitadas, como limitada es la percepción social en lo que al trabajo de hogar se refiere.

Uno de los obstáculos para la mejora de las condiciones de trabajo del sector es la propia falta de conocimiento de las trabajadoras sobre sus derechos y la difusa definición de los límites de las obligaciones que propone la legislación vigente. Si indagamos en las dinámicas que se producen, podemos apreciar que, en la práctica, el trabajo de hogar engloba toda una multiplicidad de tareas que no quedan claramente definidas de antemano, sino que se van imponiendo y adoptando según el requerimiento de las personas empleadoras.

En relación a las mejoras de las condiciones laborales que propone la nueva normativa, hay que resaltar los impactos diferenciados entre las trabajadoras que realizan cuidados y las que realizan exclusivamente labores domésticas. Se trata de valoraciones 'confusas' que han traído como consecuencia una renegociación con tendencia a la baja de las condiciones laborales. En general, la regulación es deficitaria. La diversidad y variabilidad de situaciones sociolaborales favorecen vacíos que precarizan al sector y que inciden negativamente sobre sus posibilidades de pensarse como un colectivo. Ejemplos de ello son la indefinición sobre las pagas extra, la permisibilidad respecto a los contratos que no reflejan las condiciones reales y las extensas jornadas laborales (sobre todo, para trabajadoras internas). El propio carácter deficitario de la nueva normativa dificulta que las trabajadoras salgan de la economía sumergida.

Sin embargo, es importante remarcar algunos de los elementos positivos de la nueva regulación: el

cobro del SMI en cómputo anual, el reconocimiento del abono de las horas de presencia, el descanso semanal de las 36 horas continuadas, la obligación de comunicar por escrito las condiciones del contrato, el alta en la Seguridad Social desde la primera hora de trabajo y el reconocimiento de los accidentes laborales.

Como hemos podido apreciar, el trabajo de hogar no está separado de las contingencias sociales. Tiene un lugar importante, aunque poco reconocido, dentro de las dinámicas económicas mundiales y, por lo tanto, su configuración y la manera en que se nos presenta en la actualidad depende de procesos que sobrepasan los límites de los casos puntuales del sector del trabajo de hogar. Es en esta perspectiva ampliada donde nos hemos situado para comprender, conocer e interpretar la interrelación entre la nueva normativa, la crisis y los nuevos rumbos del sector en la localidad de Basauri.

De este modo, vislumbramos importantes factores que pueden ayudar a perfilar espacios de oportunidad para las trabajadoras de hogar. Se trata de elementos positivos que sería preciso destacar en cualquier acción encaminada a poner en su justo valor el lugar del trabajo de hogar en el sistema de reproducción social, sobre todo, porque son apreciaciones surgidas del propio discurso de las trabajadoras. La independencia económica es el espacio de revalorización del trabajo de hogar más relevante. Así, consideramos que este tipo de autonomía constituye un factor remarcable en el proceso de empoderamiento del sector y de su toma de conciencia como colectivo.

Por otra parte, consideramos que la construcción de redes de relaciones y la participación social son factores de empoderamiento del sector. El intercambio en estos ámbitos es relevante para las trabajadoras, independientemente de que las redes de relaciones disten mucho de ser un espacio permanente en el tiempo y carente de contradicciones. Del mismo modo, no hay un tipo de participación social, sino diversas maneras de interacción en ámbitos diferentes. Aquí lo relevante es el valor que las trabajadoras otorgan a las redes y a su participación social, y la importancia que estos espacios pueden tener en la formación de una conciencia colectiva.

Sería especialmente importante utilizar estas opciones organizativas para fomentar procesos que ayuden a la colectivización de las trabajadoras. El individualismo es un elemento distintivo que se manifiesta en el discurso de las trabajadoras como una inquietud latente, pero no por ello menos importante. Sus efectos sobre las posibilidades de generar acciones conjuntas se evidencian, sobre todo, en la falta de una visión que les permita traspasar el umbral de su experiencia personal para pasar al conjunto de experiencias como colectivo. De lo que se trata es de utilizar las ventajas de la colectivización para canalizar las necesidades de las trabajadoras, y que este proceso se convierta en una oportunidad en sí misma para su desarrollo futuro.

Dos factores atraviesan la trayectoria laboral de las trabajadoras: la condición de clase y la cuestión de género. Ambos elementos pueden constituirse como la base sobre la cual incidir en la materialización de los nuevos rumbos que aquí han sido planteados. Constituyen, además, un marco de oportunidades para construir una identidad común y comenzar a caminar como colectivo hacia la búsqueda de vías de solución a sus problemas y de mejora de sus condiciones laborales, y a incidir en el necesario proceso de reconocimiento del trabajo reproductivo y de sensibilización social.

Finalmente, es importante destacar que Basauri es una localidad particularmente afectada por la crisis de cuidados y por la crisis socioeconómica, aunque sea toda la población vasca la que se encuentra, en

el actual contexto de crisis, ante la oportunidad de volver a reflexionar sobre la crisis de cuidados y de valores; a dar una respuesta colectiva y efectiva ante los retos presentes; y a construir su futuro en lo que a sostenibilidad de la vida y de lo social se refiere.

En este sentido, se abren nuevas líneas de investigación-intervención con otras agencias y agentes del entorno de las trabajadoras, entre los que destacan las propias personas empleadoras y personas cuidadas. La necesidad de abrir el ámbito de estudio resulta fundamental si se quieren superar –tanto en la teoría como en la práctica– aquellas concepciones que sostienen que la vida y su cuidado cotidiano es un asunto que debe resolverse en el ámbito en lo privado y por parte de las mujeres.

Referencias bibliográficas

- (2011): “Ley 27/2011, de 1 de agosto, sobre actualización, adecuación y modernización del sistema de Seguridad Social”, *Boletín Oficial del Estado*, nº 184, 2-8-2011, págs. 87.495-87.544 [<http://www.boe.es/boe/dias/2011/08/02/pdfs/BOE-A-2011-13242.pdf>], consultado el 12-12-2012].
- (2011): “Real Decreto 1620/2011, de 14 de noviembre, por el que se regula la relación laboral de carácter especial del servicio del hogar familiar”, *Boletín Oficial del Estado*, nº 277, 17-11-2011, págs. 119.046-119.057 [<http://www.boe.es/boe/dias/2011/11/17/pdfs/BOE-A-2011-17975.pdf>], consultado el 4-12-2012].
- (1985): “Real Decreto 1424/1985, de 1 de agosto, por el que se regula la relación laboral de carácter especial del servicio del hogar familiar”, *Boletín Oficial del Estado*, nº 193, 13-8-1985, págs. 25.617-25.618 [http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1985-17108], consultado el 4-12-2012].
- (1969): “Decreto 2346/1969, de 25 de septiembre, por el que se regula el Régimen Especial de la Seguridad Social del Servicio Doméstico”, *Boletín Oficial del Estado*, nº 247, 15-10-1969, págs. 16.109-16.115 [<http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1969-1187>], consultado el 4-12-2012].
- BETTIO, F. *et al.* (2011): “Cambios en los regímenes de cuidados y migración femenina: el ‘care drain’ en el Mediterráneo”, en CARRASCO, C. *et al.* (eds.), *El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas*, Madrid, Catarata, págs. 305-335.
- CARRASCO, C. *et al.* (2011): “Introducción. El trabajo de cuidados: antecedentes históricos y debates actuales”, en CARRASCO, C. *et al.* (eds.), *El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas*, Madrid, Catarata, págs. 13-95.
- DEPARTAMENTO DE EMPLEO Y ASUNTOS SOCIALES (2011): *Estudio de situación laboral de las personas empleadas en servicio doméstico de la CAPV*, Vitoria-Gasteiz, Eusko Jaurilaritza-Gobierno Vasco.
- GREGORIO GIL, C. (2010): “Debates feministas en el análisis de la inmigración no comunitaria en el Estado español. Reflexiones desde la etnografía y la antropología social”, *Relaciones Internacionales*, nº 14, págs. 95-115.
- ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO (2011): *Un trabajo decente para las trabajadoras y los trabajadores de hogar. Convenio 189. Recomendación 201*, Ginebra, Organización Internacional del Trabajo [http://www.ilo.org/travail/whatwedo/publications/WCMS_168267/lang-en/index.htm], consultado el 12-12-2012].
- PÉREZ OROZCO, A. (2012): “De vidas vivibles y producción imposible” [<http://www.decrecimiento.info/2012/02/de-vidas-vivibles-y-produccion.html>], consultado el 19-3-2013].
- (2006): “Amenaza tormenta: la crisis de los cuidados y la reorganización del sistema económico”, *Revista de Economía Crítica*, nº 5, págs. 7-37.
- ROCO *et al.* (2013): *Necesidades y oportunidades de las trabajadoras de hogar de Basauri. Una experiencia de intervención colectiva*, Área de Igualdad del Ayuntamiento de Basauri; Farapi S.L. [inédito].
- RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ, L.; y URIARTE, L. (2010): “El cristianismo reformado y evangélico”, en RUIZ-VIEYTEZ, E. (dir.), *Pluralidades latentes. Minorías religiosas en el País Vasco*, Barcelona, Icaria, págs. 96-150.

Normas de presentación de originales para *Zerbitzuan*

- Zerbitzuan está abierta a la publicación de artículos sobre servicios y políticas sociales por parte de profesionales, investigadores, representantes institucionales y de todas aquellas personas interesadas en las políticas de bienestar social.
- Todos los artículos deberán ser inéditos y girar en torno a los ejes temáticos básicos de la revista (servicios sociales y políticas de bienestar social, participación social, inmigración, pobreza y exclusión social, discapacidad, atención a las personas mayores, infancia y menores en situación de desprotección, drogodependencias e intervención social en general). Una vez recibidos, los artículos serán sometidos a la consideración de los miembros del Consejo de Redacción, que decidirán sobre su publicación de acuerdo a criterios de calidad científica y oportunidad editorial.
- Una vez aceptados los artículos para su publicación, la dirección de la revista se reserva el derecho de modificar el título y epígrafes de los textos, así como de realizar las correcciones de estilo que se estimen convenientes, de acuerdo con las normas de estilo de la revista.
- Los artículos se enviarán en un documento de Word y por correo electrónico.
- Los artículos pueden redactarse tanto en euskera como en castellano, y serán publicados en el idioma en el que se reciba el original.
- Desde el punto de vista formal, se ruega atenerse a las siguientes pautas:
 - La extensión del contenido de cada artículo será de entre 6.000 y 15.000 palabras, contando las posibles tablas, cuadros, gráficos y bibliografía. Se ruega adjuntar sólo las tablas y gráficos que se consideren imprescindibles.
 - En la primera página, se hará constar el título del artículo, el nombre del autor o autores, su dirección y teléfono de contacto, así como su adscripción institucional. Se añadirá también un breve resumen o sumario del artículo (máximo 150 palabras) y entre cuatro y seis palabras clave que describan el contenido del texto. El resumen y las palabras clave irán en castellano y euskera.
 - Las citas o notas irán a pie de página.
 - Las referencias bibliográficas de los artículos seguirán las Normas ISO 690/1987.

La dirección y teléfono de contacto
de la revista son los siguientes:

Zerbitzuan

SIIS Centro de Documentación y Estudios

SIIS Dokumentazio eta Ikerketa Zentrua

General Etxague 10 bajo

20003 Donostia-San Sebastián

Tel. 943 423656

Fax 943 293007

publicaciones@siis.net

Evolución del Servicio Público de
Teleasistencia de Euskadi durante
2013

Cuantificación del valor social:
propuesta metodológica y
aplicación al caso de Lantegi
Batuak

Políticas de servicios sociales
para la atención a personas
en situación de exclusión
residencial grave. Elementos
para un diagnóstico y propuestas
estratégicas

Las desigualdades sociales en
salud: un reto para las políticas
públicas

Udalek bermatzen al
dute adingabekoen
babesgabetasunaren ikerketa eta
balioeste egoki bera?

Procesos de exclusión social
severa: de la escuela a la calle

Jóvenes en la encrucijada de
la desventaja: análisis de las
situaciones de desventaja social y
conductas de riesgo en Vitoria-
Gasteiz

Acompañamiento especializado
con jóvenes en exclusión en
Debabarrena: una experiencia de
investigación-acción

Estudio diagnóstico sobre
la situación, necesidades y
demandas de las personas con
espina bífida e hidrocefalia y
sus familias en la Comunidad
Autónoma del País Vasco

Desde la invisibilidad y la
precariedad: nuevos horizontes
para la colectivización de las
trabajadoras de hogar

EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO

ENPLEGU ETA GIZARTE
POLITIKETAKO SAILA

DEPARTAMENTO DE EMPLEO
Y POLÍTICAS SOCIALES

Centro de
Documentación
y Estudios
Dokumentazio
eta Ikerketa
Zentroa

Fundación Eguía-Careaga Fundazioa